

¡Qué Bueno Que Preguntó!

USO MANDATARIO DEL IDENTIFICADOR NACIONAL DEL PROVEEDOR (NPI) EN TODA RECLAMACIÓN DE LA PARTE B

Vigente el 1 de marzo de 2008 sus reclamaciones de Pago por Servicio ("Fee for Service") de Medicare deben incluir un NPI en los campos de la reclamación para el proveedor primario (o sea, los campos del "billing provider, "pay-to provider" y "rendering provider"). Usted puede continuar sometiendo los pares NPI con legados en estos campos o someter solamente su NPI. Para los campos para el proveedor secundario ("referring", "ordering" y "supervising") puede continuar incluyendo solamente su número legado, si así lo desea. Comenzando el 1 de marzo de 2008, si no somete el NPI en los campos de proveedor primario se le rechazará la reclamación.

Cont. en página 5

We Are Glad You Asked!

MANDATORY REPORTING OF THE NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI) ON ALL PART B CLAIMS

Effective March 1, 2008, your Medicare fee-for-service claims must include an NPI in the primary provider fields on the claim (i.e., the billing, pay-to provider, and rendering provider fields). You may continue to submit NPI/legacy pairs in these fields or submit only your NPI. The secondary provider fields (i.e., referring, ordering and supervising) may continue to include only your legacy number, if you choose. Failure to submit an NPI in the primary provider fields will result in your claim being rejected, beginning March 1, 2008.

Cont. on page 5



Emission Date: December 17, 2007 | Volume 92 / Oct., Nov., and December, 2007

<http://www.cms.hhs.gov> | <http://www.triples-med.org>

Este boletín debe ser compartido con todos los profesionales de la salud y administrativos que formen parte de su oficina. Copias adicionales del boletín están disponibles libre de cargo en nuestra página de internet en la siguiente dirección: <http://www.triples-med.org>

This bulletin should be shared with all health care practitioners and managerial members of the provider/supplier staff. Additional no-cost copies are available on our website at <http://www.triples-med.org>

AMA DISCLAIMER OF WARRANTIES AND LIABILITIES

The responsibility for the content of this file/product is with Triple-S, Inc. and CMS and no endorsement by the AMA is intended or implied. The AMA disclaims responsibility for any consequences or liability attributable to or related to any use, non-use, or interpretation of information contained or not contained in this file/product. This Agreement will terminate upon notice if you violate its terms. The AMA is a third party beneficiary to this Agreement.

TABLA DE CONTENIDO

¡Qué Bueno que Preguntó!

Uso mandatorio del NPI portada y página 5
 Primas, deducibles y coaseguros de Medicare 2008 5

Proveedores fuera del Programa Medicare

Proveedores que deciden no pertenecer 7

Recursos de Información y Educación

Notificando a las entidades afectadas al proceso de Medigap 8
 Servicios de anestesia prestados por el médico 8
 Directorio de participación de proveedores/suplidores (MEDPARD) 9
 Aclaración al procedimiento a la transición de envío reclamaciones Medigap 10
 Actividades de pre oferta para equipo médico 11
 Transición de apelaciones BIPA 11
 Revisión al programa de servicio al cliente de proveedores 14
 Cargos por incumplimiento de citas médicas 20

HIPAA

Proveedores/Vendors que pasaron pruebas HIPAA .. 22

Política Médica

Aviso importante sobre administración de vacunas en 2008 25
 Procedimientos de Imágenes de Resonancia Magnética (MRI) 27
 Angioplastia Transluminal Percutánea (PTA) 28
 Estimulación del nervio vago (VNS) para tratamiento de depresión 35

Current Procedural Terminology (CPT) is copyright 2006 American Medical Association. All Rights reserves. No fee schedules, basic units, relative values, or related listings are included in CPT. The AMA assumes no liability for the date contained herein. Applicable FARS/DRARS restrictions apply to government use. CDT-4 codes and descriptions are © 2004 American Dental Association.

TABLA DE CONTENIDO - Cont.

Política Médica - Cont.

Información revisada sobre codificación del PET Scan 40
 Aclaración de los requisitos para facturar Angioplastia Transluminal 45

Políticas de Pago

Eliminación del pago de bonificación en áreas de escasez 48
 Revisión al Capítulo 12 del IOM - Facturación y pago de HPSA 49
 Cambio en el procesamiento - servicios con modificadores QB o QU 51
 Actualización al Capítulo 18 del Manual - Facturación de Influenza 54
 Actualización trimestral éditos CCI, versión 13.3 59

Laboratorio

Fecha de servicio (DOS) para especímenes de laboratorio 60

Medicamentos

Actualización de julio de 2007 al archivo ASP 64
 Archivo trimestral de octubre de 2007 al archivo ASP 64

Ambulancia

Revisión a la certificación para servicios de ambulancia 65
 Tarifas fijas de ambulancia - instrucciones y lista de condiciones 65
 Factor de inflación de ambulancia para el año calendario 2008 66

Reclamaciones

Actualización de los códigos de estatus y categoría... 69

Centro de Enfermería Especializada

Actualización anual de 2008 a los códigos HCPCS - SNF 70
 Éditos adicionales al archivo CWF para la facturación SNF 70

Contrato

Proveedores Sancionados 71
 Aclaración de los requisitos de reportar el NPI - servicio de ambulancia 74
 Manejo del NPI para el proveedor que ordena/refiere y atiende 76
 NPI requerido para registrarse en el sistema de intercambio (EDI) 78
 Eliminar referencia de reportar el NPI en o después del 23 de mayo de 2007 81
 Implementación final del NPI para Medicare 82

MOA-2007

AMA DISCLAIMER OF WARRANTIES AND LIABILITIES

The responsibility for the content of this file/product is with Triple-S, Inc. and CMS and no endorsement by the AMA is intended or implied. The AMA disclaims responsibility for any consequences or liability attributable to or related to any use, non-use, or interpretation of information contained or not contained in this file/product. This Agreement will terminate upon notice if you violate its terms. The AMA is a third party beneficiary to this Agreement.

TABLE OF CONTENTS

We are Glad you Asked!

Mandatory Reporting of the NPI Cover and page 5
 Medicare Premium, Deductible and Coinsurance 5

Opt-Out Providers from the Medicare Program

Medicare Program Opt-Out Providers 7

Information and Education Resources

Notifying affected parties regarding changes to Medigap 8
 Anesthesia services furnished by the same physician Medicare Participation Physician/Suppliers (MEDPARD) 9
 Clarification Concerning Provider Billing Procedure Medigap 10
 Pre Bidding Activities for the Medicare Durable Medical Equipment 11
 Appeals transition - BIPA 11
 Revision to Chapter 3 - Provider Customer Service Program 14
 Charges for Missed Appointments 20

HIPAA

Vendors/Providers that has tested X12N Format 22

Medical Policy

Important Notice Regarding Vaccine Administration .. 25
 Magnetic Resonance Imaging (MRI) Procedure 27
 Percutaneous Transluminal Angioplasty (PTA) 28
 Vagus Nerve Stimulation (VNS) for Resistant Depression 35

Current Procedural Terminology (CPT) is copyright 2006 American Medical Association. All Rights reserves. No fee schedules, basic units, relative values, or related listings are included in CPT. The AMA assumes no liability for the date contained herein. Applicable FARS/DRARS restrictions apply to government use. CDT-4 codes and descriptions are © 2004 American Dental Association.

TABLE OF CONTENTS - Cont.

Medical Policy - Cont.

Revised Information on PET Scan Coding 40
 Clarification of Percutaneous Transluminal Angioplasty 45

Billing Policies

Sunset of the Physician Scarcity Area (PSA) 48
 Revision to IOM Chapter 12 - Billing and Payment HPSA 49
 Claims Processing Change for HPSA Modifiers QB or QU 51
 Update to Medicare Manual Chapter 18, Influenza Billing 54
 Quarterly Update to CCI Edits, Version 13.3 59

Laboratory

Date of Service for Laboratory Specimens 60

Drugs

July 2007 Quarterly ASP Drug Pricing File 64
 October 2007 Quarterly ASP Drug Pricing Files 64

Ambulance

Revision to Certification for Ambulance Services 65
 Ambulance Fee Schedule Medical Conditions List . 65
 Ambulance Inflation Factor for Calendar Year 2008 ... 66

Claims

Claim Status Category Code and Claim Status Code 69

Skilled Nursing Facility

2008 Annual Update of HCPCS Codes for SNF 70
 Additional CWF Editing for SNF 70

Enrollment

Sanctioned Providers 71
 Clarification of the NPI Reporting Requirements for Ambulance 74
 How to Handle the NPI for Ordering/Referring and Attending 76
 NPI Required to Enroll in EDI and Update of Telecommunication 78
 Delete references to reporting of the NPI on or after May 23, 2007 81
 Medicare Fee for Service NPI Final Implementation .. 82

MOA-2007

¡Qué Bueno Que Preguntó!

DE LA PORTADA...

Además, si ya usted factura utilizando el par NPI con legado en los campos de proveedor primario y sus reclamaciones se están procesando correctamente, ahora es buen momento para someterle a su contratista un pequeño número de reclamaciones que contengan solamente el NPI en los campos de proveedor primario. Esta prueba servirá para asegurarse de que sus reclamaciones se procesarán exitosamente cuando se requiera solamente el NPI en toda reclamación.

We Are Glad You Asked!

FROM THE COVER PAGE...

In addition, if you already bill using the NPI/legacy pair in the primary provider fields and your claims are processing correctly, now is a good time to submit to your contractor a small number of claims containing only the NPI in the primary provider fields. This test will serve to assure your claims will successfully process when only the NPI is mandated on all claims.

JSM08048/11-14-07/rrc

PRIMAS, DEDUCIBLES Y COASEGUROS DE MEDICARE PARA EL 2008

Lo siguiente es un registro de las tarifas para la prima, el deducible y los coaseguros de Medicare que estarán vigentes en el 2008:

Primas de Medicare para el 2008

Parte A: Prima (Seguro Hospitalario)

La mayoría de las personas no pagan una prima mensual para la Parte A porque ellos o un cónyuge tienen 40 trimestres o más de empleo cubierto por Medicare.

La prima de la Parte A es de \$233.00 mensuales para personas que tienen de 30-39 trimestres de empleo cubierto por Medicare.

La prima de la Parte A es de \$423.00 mensuales para personas que no son elegibles para el seguro hospitalario libre de prima y que tienen menos de 30 trimestres de empleo cubierto por Medicare.

Parte B: Prima (Seguro Médico)

-- \$96.40 mensuales*

***Nota:** Si los ingresos son mayores de \$82,000 (solteros) o \$164,000 (casados), entonces la prima de la Parte B pudiese ser mayor de los \$96.40 al mes.

MEDICARE PREMIUM, DEDUCTIBLE, AND COINSURANCE RATES FOR 2008

The following is a listing of the Medicare premium, deductible, and coinsurance rates that will be in effect in 2008:

Medicare Premiums for 2008

Part A: (Hospital Insurance) Premium

Most people do not pay a monthly Part A premium because they or a spouse has 40 or more quarters of Medicare-covered employment.

The Part A premium is \$233.00 per month for people having 30-39 quarters of Medicare-covered employment.

The Part A premium is \$423.00 per month for people who are not otherwise eligible for premium-free hospital insurance and have less than 30 quarters of Medicare-covered employment.

Part B: (Medical Insurance) Premium

-- \$96.40 per month*

***Note:** *If income is above \$82,000 (single) or \$164,000 (married couple), then the Medicare Part B premium may be higher than \$96.40 per month.*

Cont. on next page

¡Qué Bueno Que Preguntó!

Cantidades del Deducible y el Coaseguro de Medicare para el 2008:

Parte A: (paga por las hospitalizaciones, Centros de Enfermería Especializada y algunos servicios para el cuidado de la salud en el hogar) Para cada periodo de beneficio Medicare paga todos los gastos con la excepción del deducible de la Parte A (2008 = \$1,024) durante los primeros 60 días y las cantidades de coaseguro para estadias hospitalarias que se prolongan más de 60 días pero que no sobrepasan los 150 días.

Para cada periodo de beneficio el beneficiario de Medicare paga:

- Un total de \$1,024 por una estadia hospitalaria de 1-60 días.
- \$256 por día para los días 61-90 de una estadia hospitalaria.
- \$512 por día por los días 91-150 de una estadia hospitalaria (Días de Reserva de por vida).
- Todos los costos por cada día después de los 150 días.

Coaseguro para los Centros de Enfermería Especializada

- \$128.00 por día para los días 21 al 100 cada periodo de beneficio.

Parte B: (cubre servicios médicos elegibles para Medicare, servicios ambulatorios de hospital, ciertos servicios de salud en el hogar y equipo médico duradero.)

- \$135.00 por año. (Nota: El beneficiario pagará 20% de la cantidad aprobada por Medicare luego de haber cumplido con el deducible de \$135.00.)

Información adicional sobre las tarifas para las primas, los deducibles y los coaseguros de Medicare para el 2008 está disponible en la hoja informativa del 1 de octubre de 2007 titulada "**CMS Announces Medicare Premiums, Deductibles for 2008**" en el sitio web **www.cms.gov**.

We Are Glad You Asked!

Medicare Deductible and Coinsurance Amounts for 2008:

Part A: (pays for inpatient hospital, skilled nursing facility, and some home health care) For each benefit period Medicare pays all covered costs except the Medicare Part A deductible (2008 = \$1,024) during the first 60 days and coinsurance amounts for hospital stays that last beyond 60 days and no more than 150 days.

For each benefit period the beneficiary pays:

- A total of \$1,024 for a hospital stay of 1-60 days.
- \$256 per day for days 61-90 of a hospital stay.
- \$512 per day for days 91-150 of a hospital stay (Lifetime Reserve Days).

All costs for each day beyond 150 days

Skilled Nursing Facility Coinsurance

- \$128.00 per day for days 21 through 100 each benefit period.

Part B: (covers Medicare eligible physician services, outpatient hospital services, certain home health services, durable medical equipment)

- \$135.00 per year. (Note: The beneficiary pays 20% of the Medicare-approved amount for services after the \$135.00 deductible is met.)

Additional information about the Medicare premiums, deductibles, and coinsurance rates for 2008 is available in the October 1, 2007 Fact Sheet titled, "**CMS Announces Medicare Premiums, Deductibles for 2008**" on the **www.cms.gov** website.

Proveedores fuera del Programa Medicare

PROVEEDORES QUE DECIDEN NO PERTENECER AL PROGRAMA MEDICARE

A continuación la lista de los Proveedores para Puerto Rico e Islas Vírgenes que decidieron no pertenecer al Programa Medicare desde el 31 de octubre de 2007:

Opt-Out Providers From the Medicare Program

MEDICARE PROGRAM OPT-OUT PROVIDERS

Following are the Opt-Out Providers for Puerto Rico and the US Virgin Islands as of October 31, 2007:

Provider Name	Provider Address	Opt-Out Period	
Puerto Rico			
Dr. Juan L. Romero Basso	3 Ave. Arterial Hostos Capital Center Ste. 806 Hato Rey, PR 00918	12/23/2004	1/13/2009
Dr. José M. Montañez	First Pine Center 1451 Ave Ashford San Juan, PR 00907	9/25/2005	9/24/2009
Dr. Osvaldo Font de Santiago	Muñoz Rivera #1007 A Cond. Darlington Ste. 1001 Río Piedras, PR 00918	9/26/2005	9/25/2007
Dr. Ricardo E. Sánchez Ortiz	400 Roosevelt Ave. Clínica Las Américas San Juan, PR 00918	3/1/2007	2/28/2009
Dr. Enrique Escobar Medina	Luis Muñoz Marín Ave. Hosp. HIMA 123 Caguas, PR 00725	1/1/2008	12/31/2010
Premier Spine P & C	Suite 123 HIMA - San Pablo Caguas, PR 00725	1/1/2008	12/31/2010
U.S. Virgin Islands			
Dr. James P Clayton	Suite 205 6500 Red Hook Plaza St. Thomas VI 00802-1306	7/1/2007	8/30/2009
Dr. Roy Schneider	Suite 209 Sugar Estate St. Thomas, VI 00802	5/8/2007	5/7/2009
Dr. Brian C. Cheetham	Ste. A211 VI Med Foundation 9150 Estate Thomas St. Thomas, VI 00802	1/15/2003	1/14/2009
Dr. Angela W. Lui	Ste. A211 VI Med Foundation 9150 Estate Thomas St. Thomas, VI 00802	1/15/2003	1/14/2009

Rev. October 31, 2007/SS-SC-Contract Section

Recursos de Información y Educación para Proveedores

NOTIFICANDO A LAS ENTIDADES AFECTADAS DE CAMBIOS RELACIONADOS AL PROCESO DE TRANSFERENCIA DE LAS RECLAMACIONES DE MEDIGAP

Este artículo delinea el proceso que debe seguir los contratistas de Parte B, Contratistas Administrativos de Medicare (MAC) y los Contratistas Administrativos de Medicare para Equipo Médico Duradero (DMAC) para notificar a las entidades afectadas de que a partir del 1 de octubre de 2007 el proceso de transferencia de las reclamaciones Medigap estará a cargo del Contratista de Coordinación de Beneficios (COBC).

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5662.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Information and Education Resources for Providers

NOTIFYING AFFECTED PARTIES REGARDING CHANGES TO THE MANDATORY MEDIGAP (“CLAIM-BASED”) CROSSOVER PROCESS

This article outlines the process that should be followed by Part B carriers, Medicare Administrative Contractors (MACs) and Durable Medical Equipment Medicare Administrative Contractors (DMACs) to notify the affected parties that effective October 1, 2007 the mandatory Medigap (claim-based) crossover process is being transitioned to the Coordination of Benefits Contractor (COBC).

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5662.pdf> on the CMS website. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

CR5662/Trans. R2830TN/MM5662 ab

SERVICIOS DE ANESTESIA PRESTADOS POR EL MISMO MÉDICO QUE PROVEE EL SERVICIO MÉDICO Y QUIRÚRGICO

La política de anestesia en la sección 50 del Capítulo 12 se está revisando para que sea consecuente con el precio de los códigos de sedación conciente bajo las tarifa fijas de Medicare para médicos y con las guías de codificación del CPT. Se añadió lenguaje nuevo para explicar la política de pago si el mismo médico presta el servicio médico o quirúrgico y el servicio de sedación. El anejo 1 que incluye una lista de las unidades básicas por código de anestesia se eliminó. Este anejo está fuera de fecha y el material que contiene se les comunica anualmente a los contratistas vía un archivo de HCPCS.

Para leer el artículo completo favor de acceder la siguiente dirección: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5618.pdf>.

ANESTHESIA SERVICES FURNISHED BY THE SAME PHYSICIAN PROVIDING THE MEDICAL AND SURGICAL SERVICE

The anesthesia policy in section 50 of Chapter 12 is being revised so that it is consistent with the pricing of conscious sedation codes under the Medicare physician fee schedule and CPT coding guidelines. New language has been added that explains the payment policy if the same physician performs the medical/surgical service and the conscious sedation service. Exhibit 1 that lists the base units by anesthesia code is being deleted. This exhibit is out of date and the material is communicated to the carriers annually via a HCPCS file.

To view the article in its entirety, please go to the following address: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5618.pdf>

Pub. MLN5618/Trans. 1316/CR5618/08-27-07/ ab rrc

Recursos de Información y Educación para Proveedores

DIRECTORIO DE PARTICIPACIÓN DE PROVEEDORES/SUPLIDORES DE MEDICARE (MEDPARD)

La página electrónica de Triple S Medicare Parte B tiene disponible un directorio interactivo que le provee los números de teléfono y la dirección física de las oficinas de los proveedores de servicios médicos participantes del Programa Medicare Parte B en Puerto Rico e Islas Vírgenes EEUU. Una parte de este directorio se conoce como el Directorio de Participación de Proveedores/Suplidores de Medicare (MEDPARD, por sus siglas en inglés). Para acceder El MEDPARD, primero vamos a la página <http://www.triples-med.org>. Luego seleccionamos la pestaña de **Proveedor**, bajamos hasta encontrar las **herramientas de búsqueda** que se encuentran en el lado izquierdo y seleccionamos **Directorio de Proveedores**. Ahí encontrará dos maneras para localizar la información que necesita.

Puede seleccionar de una lista la especialidad del proveedor o escribir el nombre y el apellido los encasillados correspondientes. Bajo nuestro directorio también puede encontrar una lista de los **Médicos Opt Out**. Estos son médicos que no desean participar en el Programa de Medicare pero pueden entrar en un contrato privado con los beneficiarios. En otras palabras, están relevados de las obligaciones de someter facturas y de cumplir con los términos de cargos límites por los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare.

Además, con el propósito de proteger la salud y el bienestar de los beneficiarios de Medicare, nuestro directorio de proveedores incluye a los **proveedores excluidos**. Estos están excluidos de recibir fondos de Medicare por razones basadas en la competencia profesional, el desempeño profesional o en la integridad financiera. El directorio de proveedores también incluye una lista de los **proveedores reinstalados**, que son proveedores que alguna vez fueron excluidos del Programa de Medicare Parte B y que al solicitarlo, la Oficina del Inspector General les otorga una reinstalación.

Information and Education Resources for Providers

MEDICARE PARTICIPATION PHYSICIANS/SUPPLIERS DIRECTORY (MEDPARD)

*The Triple S - Medicare Part B webpage has an interactive directory available that provides telephone numbers and physical addresses of Medicare Part B participating providers' offices in Puerto Rico and the U.S. Virgin Islands. Part of this directory is known as the Medicare Participation Physicians/Suppliers Directory (MEDPARD). To access the MEDPARD, first you must go to our webpage at <http://www.triples-med.org>. Then you select the **Provider** tab, scroll down to Search Tools on the left side of the screen and select **Providers Directory**. There you will find two ways of locating the information needed.*

*You may select from a list of provider specialties or write in their first name and last name in the blank fields. In the interactive directory you may also find a list of **Opt-out Physicians**. These are physicians that do not wish to participate in the Medicare Program but can enter in a private contract with beneficiaries. In other words, they are released from their obligations of claims submission and charge limits for Medicare Part B covered services.*

*In addition, to protect the health and welfare of Medicare beneficiaries, our provider directory includes the **Excluded Providers**. These are the providers that are excluded from receiving Medicare funds for reasons bearing on professional competence, professional performance, or financial integrity. The provider directory also provides a list of **Reinstated Providers**. These are providers that at some point were excluded from the Medicare Part B Program and when requested, the Office of the Inspector General granted them to be reinstated.*

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

Le exhortamos a todos los proveedores de Medicare Parte B a que visiten y adopten como herramienta de trabajo nuestra página electrónica, en ella encontrarán información actualizada del programa Medicare.

Information and Education Resources for Providers

We encourage all our Medicare providers to visit and adopt our web page as a valuable work tool, where you may find updated information about the Medicare Program.

CommOffice/5732.22/malicea/rrc

ACLARACIÓN RELACIONADA AL PROCEDIMIENTO DE FACTURACIÓN DEL PROVEEDOR EN RELACIÓN A LA TRANSICIÓN DEL PROCESO DE ENVIÓ DE RECLAMACIONES MEDIGAP AL CONTRATISTA DE COORDINACIÓN DE BENEFICIOS EL 1 DE OCTUBRE DE 2007

Vigente el 1 de octubre de 2007 todos los proveedores que facturan a contratistas de Medicare, MAC de Parte A/B o Equipo Médico Duradero (DMER) deberán comenzar a incluir el nuevo identificador de COBA de 5 byte (desde 55000 hasta 59999) del Acuerdo de Coordinación de Beneficios (COBA) en las reclamaciones en papel (CMS 1500), en la 837 del *Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)* profesional o reclamaciones del *National Council for Prescription Drug Programs (NCPDP)* para activar el envío a las aseguradoras de Medigap que están participando en el proceso nuevo del COBA de reclamaciones Medigap de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, según sus siglas en inglés).

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0743.pdf>.

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

CLARIFICATION CONCERNING PROVIDER BILLING PROCEDURES RELATED TO THE TRANSITION OF THE MEDIGAP CLAIM-BASED CROSSOVER PROCESS TO THE COORDINATION OF BENEFITS CONTRACTOR ON OCTOBER 1, 2007

Effective October 1, 2007 all providers that bill Part B carriers, A/B MACs, or DMACs should begin to include a new Coordination of Benefits Agreement (COBA) Medigap 5-byte COBA ID (range 55000 to 59999) on incoming Medicare paper claims (CMS-1500), incoming Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) 837 professional (version 4010A1), or the National Council for Prescription Drug Program (NCPDP) claims to trigger crossovers to those Medigap insurers that are participating in the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) new COBA Medigap claim-based process.

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0743.pdf> on the CMS website.

If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

SE0743 ab

Recursos de Información y Educación para Proveedores

ACTIVIDADES DE PRE OFERTA PARA EQUIPO MÉDICO DURADERO DE MEDICARE, PROTÉTICO, ORTÓTICO Y SUMINISTROS (DMEPOS, SEGÚN SUS SIGLAS EN INGLÉS) DEL PROGRAMA DE OFERTA COMPETITIVA

Este artículo se cambió el 19 de julio de 2007 para añadir un enlace en la página 3 del artículo de edición especial SE 0717 Oferta Competitiva de DMEPOS. El resto de información permanece igual. Este artículo de edición especial, SE0714, resume las actividades de pre oferta que los suministros de DME necesitan seguir para participar en el Programa de Oferta Competitiva para los DMEPOS.

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0714.pdf>.

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Information and Education Resources for Providers

PRE BIDDING ACTIVITIES FOR THE MEDICARE DURABLE MEDICAL EQUIPMENT, PROSTHETICS, ORTHOTICS, AND SUPPLIES (DMEPOS) COMPETITIVE BIDDING PROGRAM

This article was changed on July 9, 2007 to add a link to a related DMEPOS Competitive Bidding article SE0717 on page 3. All other information remains the same. This Special Edition (SE) article, SE0714, outlines the pre-bidding activities that DME suppliers need to follow in order to participate in the Medicare DMEPOS Competitive Bidding Program.

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0714.pdf> on the CMS website.

If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

SE0714/MAR

TRANSICIÓN DE APELACIONES – SECCIÓN 521 APELACIONES BIPA

Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que someten reclamaciones a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Contratistas Administrativos de Equipo Médico Duradero (DME MACs por sus siglas en inglés), Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés), y/o Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés), por concepto de servicios prestados a beneficiarios de Medicare.

APPEALS TRANSITION - BIPA SECTION 521 APPEALS

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers submitting claims to Medicare contractors (carriers, DME Medicare Administrative Contractors (DME MACs), Fiscal Intermediaries (FIs), Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), and/or Regional Home Health Intermediaries (RHHIs)) for services provided to Medicare beneficiaries.

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR5460, el cual notifica a los Contratistas de Medicare sobre la necesidad de que cumplan con los cambios en las estipulaciones del Capítulo 29 del *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04), el cual trata sobre nombramiento de representantes, fraude y abuso, guías para redactar correspondencia de apelaciones, y sobre la divulgación de información.

Trasfondo

El proceso de apelaciones de reclamaciones de Medicare fue enmendado por el Medicare, el Medicaid y el *SCHIP Benefits Improvement and Protection Act (BIPA)* y el *Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act (MMA)*. La Ley de Seguro Social (Sección 1869(c)), según enmendada por BIPA y el MMA requiere cambios al Código de Regulaciones Federales (CRF; Título 42), sobre:

- Nombramiento de representantes,
- Fraude y abuso,
- Guías para la redacción de correspondencia de apelaciones, y
- Divulgación de información.

Por lo tanto, CMS está revisando las estipulaciones en el Capítulo 29 del *Medicare Claims Processing Manual* a fin de atender esos cambios.

El propósito del CR5460 es notificar a los Contratistas de Medicare sobre la necesidad de que éstos cumplan con las estipulaciones del *Medicare Claims Processing Manual*, según revisado, las cuales se incluyen como anejo al CR5460.

Algunos cambios importantes del manual le imparten instrucciones a los Contratistas de Medicare a:

- Seguir los procedimientos que definen quién puede ser un representante y cómo se nombra un representante (mediante el formulario CMS-1696 *Appointment of Representative (AOR)*).

Information and Education Resources for Providers

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 5460, which notifies Medicare contractors about their need to comply with changes to provisions in Chapter 29 of the Medicare Claims Processing Manual (Publication 100-04) that address the appointment of representatives, fraud and abuse, guidelines for writing appeals correspondence, and the disclosure of information.

Background

The Medicare claims appeals process was amended by the Medicare, Medicaid and SCHIP Benefits Improvement and Protection Act (BIPA) and the Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act (MMA). The Social Security Act (Section 1869(c)), as amended by BIPA and MMA, requires changes to the Code of Federal Regulations (CFR; Title 42) regarding:

- *Appointment of representatives,*
- *Fraud and abuse,*
- *Guidelines for writing appeals correspondence, and*
- *The disclosure of information*

Therefore, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is revising provisions in Chapter 29 of the Medicare Claims Processing Manual that address these changes.

The purpose of CR5460 is to notify Medicare contractors about their need to comply with these revised Medicare Claims Processing Manual provisions, which are included as an attachment to CR5460.

Some of the key changes to the manual direct Medicare contractors to:

- *Follow the procedures that define who may be a representative and how a representative is appointed (via the CMS-1696 Appointment of Representative (AOR) form);*

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

- No acepte un nombramiento si el Contratista tiene evidencia de que el nombramiento no se debe honrar.
- Envíe notificación solamente al representante cuando el Contratista toma acción o emite una redeterminación [si ya se ha nombrado un representante];
- Provea ayuda para completar el formulario CMS-1696, según sea necesario; y
- No divulgue información específica del beneficiario a un representante antes de que el beneficiario o apelante y el prospecto representante hayan completado y firmado el formulario CMS-1696 u otro documento escrito equivalente.

Por favor, note que el AOR aplica a todos los servicios, reclamaciones y apelaciones sometidas en representación del beneficiario por el período de duración del AOR.

- Siga los procedimientos que describen el proceso que el beneficiario debe utilizar para asignar sus derechos de apelación al proveedor (mediante el formulario CMS-20031 – *Transfer of Appeal Rights Form*);
 - Para cada nueva solicitud de apelación, se debe someter un nuevo formulario. Este formulario es válido para todos los niveles del proceso de apelación, incluyendo una revisión judicial, aún en el caso de muerte del beneficiario;
 - Si el proveedor presta el servicio, éste sería una de las partes en las determinaciones iniciales, solamente proveedores o suplidores que no constituyen unas de las partes del proceso pueden aceptar la asignación de derechos de apelación por parte de un beneficiario.
 - Esto quiere decir que la asignación de los derechos de apelación aplica solamente a proveedores y suplidores que nunca constituyen unas de las partes de una apelación, ya que no participan en el programa de Medicare y no han tomado la asignación de la reclamación; y

Information and Education Resources for Providers

- *Do not accept an appointment if the contractor has evidence that the appointment should not be honored;*
- *Send notice only to the representative when the contractor takes action or issues a redetermination [if there is an appointed representative];*
- *Provide assistance in completing the CMS-1696 form, as needed; and*
- *Do not release beneficiary-specific information to a representative before the beneficiary or appellant and the prospective representative have completed and signed the CMS-1696 or other conforming written instrument.*

Please note that the AOR applies to all services, claims and appeals submitted on behalf of the beneficiary for the duration of the AOR.

- *Follow the procedures that describe the process a beneficiary must use to assign their appeal rights to a provider (via the CMS-20031) Transfer of Appeal Rights form):*
 - *For each new appeal request, a form needs to be submitted, this form is valid for all levels of the appeal process including judicial review, even in the event of the death of the beneficiary;*
 - *If a provider furnishes the service, he/she would be a party to the initial determinations, only providers or suppliers who are not a party may accept assignment of appeal rights from a beneficiary.*
 - *That is, assignment of appeal rights applies only to providers and suppliers who are never a party to an appeal because they do not participate in Medicare and have not taken the claim on assignment; and*

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

-- El proveedor o suplidor que acepta los derechos de apelación debe renunciar al derecho de cobrarle el pago al beneficiario por el artículo o servicio sujeto de la apelación. El proveedor o suplidor puede cobrar cualquier deducible o coaseguro aplicable. El proveedor o suplidor indica que está de acuerdo con esta concesión, al completar y firmar la Sección II del formulario de transferencia de Derechos de Apelación (*Transfer of Appeal Rights Form*).

- Proveerá cartas de redeterminación a los beneficiarios que sean fácil de entender.

Note, por favor, que el formulario de **Asignación de Derechos de Apelación** es válido por la duración de la apelación, a menos que el beneficiario la revoque.

Información Adicional

La instrucción oficial (CR5460), enviada a su Contratista de Medicare sobre este cambio, se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1274CP.pdf>. Las porciones revisadas del *Medicare Claims Processing Manual* se incluyen como anejo a este CR.

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Information and Education Resources for Providers

-- *The provider or supplier who accepts the appeal rights must waive the right to collect payment from the beneficiary for the item or service that is the subject of the appeal. The provider or supplier may collect any applicable deductible or coinsurance. The provider or supplier agrees to this waiver by completing and signing Section II of the Transfer of Appeal Rights form.*

- *Provide redetermination letters that are understandable to beneficiaries.*

*Please note that an **Assignment of Appeal Rights** is valid for the duration of an appeal unless it is revoked by the beneficiary.*

Additional Information

The official instruction, CR5460, issued to your Medicare contractor regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1274CP.pdf> on the CMS website. The revised portions of the Medicare Claims Processing Manual are attached to that CR.

If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

Pub. MLN5460/ Trans R1274CP / CR5460 / 06-29-07 / mlv rrc

REVISIÓN A LA PUBLICACIÓN MEDICARE 100-09, CAPÍTULO 3 – INDAGACIONES DE PROVEEDORES Y CAPÍTULO 6 – ACTUALIZACIONES DEL PROGRAMA DE SERVICIO AL CLIENTE DE PROVEEDORES

Proveedores Afectados

Todos los médicos, suplidores, y proveedores que someten indagaciones por escrito, o que llaman a las líneas libre de cargo, para comunicarse con sus Contratistas de Medicare (Intermediarios

REVISION TO MEDICARE PUBLICATION 100-09, CHAPTER 3 – PROVIDER INQUIRIES AND CHAPTER 6 - PROVIDER CUSTOMER SERVICE PROGRAM UPDATES

Provider Types Affected

All physicians, suppliers, and providers who submit written inquiries to, or contact the toll-free lines at, their Medicare contractors [fiscal intermediaries (FIs), carriers, Part A/B Medicare

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], Contratistas de la Parte B, Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare [A/B MACs por sus siglas en inglés], Contratistas Administrativos de Equipo Médico Duradero [DME MACs por sus siglas en inglés], y/o Contratistas Regionales de Servicios de Salud en el Hogar [RHHIs por sus siglas en inglés]).

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

El CR5597 contiene un número de revisiones al *Medicare Contractor Beneficiary and Provider Communications Manual*, incluyendo cambios para la autenticación de proveedores que hacen indagaciones a los Contratistas de Medicare. Debido al plan de contingencia del servicio de tarifas fijas de Medicare (Fee-for-Service) para efectos del NPI, no se requerirá el uso del NPI como elemento de autenticación de proveedores en indagaciones generales de proveedores, ya sea por teléfono y por escrito, hasta tanto CMS así lo requiera para todas las transacciones de reclamaciones. En este ambiente de contingencia, el número de acceso de transacción del proveedor (PTAN por sus siglas en inglés), es su número legado actual de identificación del proveedor. Su PTAN, el cual algunos centros de contacto de proveedor "Fee-for-Service" (PCCs por sus siglas en inglés) llaman su número de legado, será el elemento de autenticación requerido para todas las indagaciones a los sistemas de Respuesta de Voz Interactiva (IVR por sus siglas en inglés), representantes de servicio al cliente (CSRs por sus siglas en inglés), y unidades de indagación escrita.

Aún cuando las regulaciones de autenticación forman parte del CR5597, puede encontrar detalles completos sobre estas regulaciones bajo el plan de contingencia NPI de Medicare en el artículo MLN Matters SE0721, el cual se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0721.pdf>.

El resto de este artículo provee información sobre los cambios relevantes anunciados en el CR5597.

Information and Education Resources for Providers

Administrative Contractors (A/B MACs), DME Medicare Administrative Contractors (DME/MACs), and/or regional home health intermediaries (RHHIs).]

Provider Action Needed

CR5597 contains a number of revisions to the Medicare Contractor Beneficiary and Provider Communications Manual, including changes for authenticating providers who make inquiries of Medicare contractors. Due to the Medicare fee-for-service contingency plan for the National Provider Identifier (NPI), the NPI will not be a required authentication element for general provider telephone and written inquiries until the date that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) requires it to be on all claim transactions. In this contingency environment, the provider transaction access number (PTAN) is your current legacy provider identification number. Your PTAN, which may be referred to as your legacy number by some Medicare fee-for-service provider contact centers (PCCs), will be the required authentication element for all inquiries to Interactive Voice Response (IVR) systems, customer service representatives (CSRs), and written inquiry units.

While the authentication rules are part of CR5597, for complete details about these rules under the Medicare NPI contingency plan, see MLN Matters article SE0721, which you will find at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0721.pdf> on the CMS website.

The remainder of this article provides information on the highlights of changes announced in CR5597.

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

Trasfondo

El CR5597 modifica el *Medicare Contractor Beneficiary and Provider Communications Manual*, Publicación 100-09. Estos cambios se resumen a continuación:

Reclamaciones Sobrepuestas - Nuevas Regulaciones

- Medicare frecuentemente recibe múltiples reclamaciones del mismo beneficiario con la misma fecha de servicio. Una sobreposición ocurre cuando la fecha de servicio o el período de facturación de una reclamación parece estar en conflicto con la fecha de otra reclamación, indicando que una de las reclamaciones puede estar incorrecta.
- Cuando se recibe una indagación sobrepuesta de una reclamación, sólo el Contratista de Medicare que fue contactado inicialmente por el proveedor, puede autenticar al proveedor. El proveedor se autenticará mediante verificación del nombre, el PTAN/número legado o NPI, nombre del beneficiario, Número de Reclamación de Seguro de Salud (HICN por sus siglas en inglés), y la fecha de servicio, para efectos de información posterior a la reclamación, o la fecha de nacimiento, para efectos de información previo a la reclamación. La autenticación no tiene que repetirse cuando se contacta el segundo contratista.
- Los contratistas divulgarán información sobre reclamaciones sobrepuestas, ya sea que el proveedor indague acerca de una reclamación rechazada debido a información sobrepuesta, o que el proveedor haya encontrado información sobrepuesta al momento de verificar la elegibilidad para una admisión nueva.
- Para información específica respecto a la resolución de reclamaciones rechazadas por el Common Working File (CWF) de Medicare, refiérase al *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 27, §50, en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c27.pdf>.

Information and Education Resources for Providers

Background

CR5597 modifies *Medicare Contractor Beneficiary and Provider Communications Manual*, Publication 100-09. These changes are summarized as follows:

Overlapping Claims - New Rules

- Medicare often receives multiple claims the same beneficiary with the same or similar dates of service. An overlap occurs when the date of service or billing period of one claim seems to conflict with the date on another claim, indicating that one of the claims may be incorrect.
- When an inquiry regarding an overlapping claim is received, only the Medicare contractor initially contacted by the provider can authenticate the provider. The provider will be authenticated by verifying the name, PTAN/legacy number or NPI, beneficiary name, Health Insurance Claim Number (HICN), and date of service for post-claim information, or date of birth for pre-claim information. Authentication does not need to be repeated when the second contractor is contacted.
- Contractors shall release overlapping claim information whether a provider inquires about a claim that was rejected for overlapping information, or if the provider found overlapping information when checking eligibility for a new admittance.
- For specific information regarding the resolution of claims rejected by Medicare's Common Working File (CWF) system, refer to the *Medicare Claims Processing Manual*, Chapter 27, §50 at <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c27.pdf> on the CMS website.

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

Información Disponible en el IVR

- **UTILICE EL SISTEMA INTERACTIVO DE RESPUESTA DE VOZ (IVR por sus siglas en inglés) siempre que sea posible.** Los proveedores deben saber que si un Representante de Servicio al Cliente (CSR por sus siglas en inglés) recibe una requisición de estatus o elegibilidad, o una indagación por escrito del corresponsal y la información solicitada se encuentra disponible en el IVR, el CSR/corresponsal probablemente lo exhortará a que use las opciones de autoayuda disponibles.
- Si en cualquier momento durante una indagación telefónica, usted solicita información que puede encontrarse en el IVR, el CSR posiblemente lo refiera nuevamente al IVR.

Información Disponible sobre el Aviso de Remesa (RA por sus siglas en inglés)

- HAGA USO DEL Aviso de Remesa siempre que sea posible. Si un CSR o un corresponsal de indagación escrita recibe una indagación sobre información que se encuentra disponible en un Aviso de Remesa, el CSR/corresponsal le explicará a la persona que hace la indagación, cómo leer el Aviso de Remesa a fin de que pueda encontrar la información necesaria de forma independiente. El CSR/corresponsal informará a la persona que hace la indagación que el Aviso de Remesa es necesario a fin de contestar cualquier pregunta específica para las cuales encontrará las respuestas en el Aviso de Remesa. Los proveedores deben saber que cualquier persona o representante de su grupo de facturación que realizan indagaciones en representación del proveedor, van a necesitar una copia del Aviso de Remesa.
- Para hacer su trabajo más fácil, usted puede usar la aplicación de impresión *Medicare Remit Easy Print* (MREP). Si desea información sobre el MREP, puede acceder el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/AccessstoDataApplication/02_MedicareRemitEasyPrint.asp.

Information and Education Resources for Providers

Information Available on the IVR

- **USE THE IVR whenever possible.** Providers should be aware that if a request for claim status or eligibility is received by a CSR or written inquiry correspondent and the requested information is available on the IVR, the CSR/correspondent will probably encourage you to use the self-service options that are available.
- If at any time during a telephone inquiry, you request information that can be found on the IVR the CSR will most likely refer you back to the IVR.

Information Available on the Remittance Advice (RA)

- **USE THE RA whenever possible.** If a CSR or written inquiry correspondent receives an inquiry about information that is available on an RA, the CSR/correspondent will discuss with the inquirer how to read the RA in order to independently find the needed information. The CSR/correspondent will inform the inquirer that the RA is necessary in order to answer any specific questions for which the answers are available on the RA. Providers should also be aware that any billing staff or representatives that make inquiries on his/her behalf will need to have a copy of the RA.
- To make your job easier you may use the Medicare Remit Easy Print (MREP) software. Information about MREP is available at: http://www.cms.hhs.gov/AccessstoDataApplication/02_MedicareRemitEasyPrint.asp on the CMS website.

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

- Los proveedores también pueden beneficiarse de los materiales de adiestramiento a nivel nacional que están disponible para educarse a sí mismos y a sus representantes acerca de cómo leer un Aviso de Remesa. Los materiales de adiestramiento nacional incluyen el producto MLN titulado “*Understanding the Remittance Advice: A Guide for Medicare Providers, Physicians, Suppliers, and Billers*”, el cual se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/RA_Guide_Full_03-22-06.pdf.
- También existe un sitio Web que sirve como recurso y que permite a los proveedores verificar las definiciones de los Códigos de Razón de Ajuste de Reclamaciones y los Códigos de Comentario de Remesa de Pago. Esta información se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web del Washington Publishing Company: <http://www.wpc-edi.com/products/codelists/alertservice>.
- Existe un curso de adiestramiento en la red, llamado “*Understanding the Remittance Advice for Professional Providers*” y que se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://cms.meridianksi.com/kc/main/kc_frame.asp?kc_ident=kc0001&loc=5. El curso provee créditos de educación continua y contiene información general acerca de los Avisos de Remesa, instrucciones para ayudar a interpretar el Aviso de Remesa que se recibe de Medicare y reconciliarlo contra las reclamaciones sometidas, instrucciones para leer las Remesas de Pago Electrónicas (ERAs por sus siglas en inglés) y las Remesas de Pago Estándar en Papel, así como un resumen de la aplicación de impresión MREP, que Medicare provee libre de costo a los proveedores para que puedan ver los ERAs.

Autenticación de Elementos de Beneficiario – Adiciones a las regulaciones actuales

Information and Education Resources for Providers

- *Providers may also take advantage of national training materials available to educate themselves and their representatives about reading an RA. The national training materials include the MLN product, *Understanding the Remittance Advice: A Guide for Medicare Providers, Physicians, Suppliers, and Billers* which is available at http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/RA_Guide_Full_03-22-06.pdf on the CMS website.*
- *Also available is a website that serves as a resource allowing providers to check the definitions of Claim Adjustment Reason Codes and Remittance Advice Remark Codes. This information is available at <http://www.wpc-edi.com/products/codelists/alertservice> on the Washington Publishing Company website.*
- *There is a web-based training course, *Understanding the Remittance Advice for Professional Providers*, which is available at: http://cms.meridianksi.com/kc/main/kc_frame.asp?kc_ident=kc0001&loc=5 on the CMS website. The course provides continuing education credits and contains general information about RAs, instructions to help interpret the RA received from Medicare and reconcile it against submitted claims, instructions for reading Electronic Remittance Advices (ERAs) and Standard Paper Remittance Advices, and an overview of the MREP software that Medicare provides free to providers for viewing ERAs.*

Authentication of Beneficiary Elements-additions to current rules.

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

El CR5597 contiene, como parte de los anejos, una tabla detallada que muestra los elementos de información publicados en respuesta a las indagaciones de los proveedores sobre información de los beneficiarios. Una nueva estipulación clave permite a los Contratistas de Medicare publicar información para los proveedores sobre la prueba de cernimiento de aneurisma abdominal aórtica. El CR5597 se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R20COM.pdf>.

Puntos Claves Adicionales del CR5597

- Los CSRs de Medicare tienen la discreción de terminar una indagación telefónica de un proveedor si la persona que hace la llamada los pone en espera por dos minutos o más. Siempre que resulte posible, el CSR notificará con anticipación que existe la posibilidad de desconexión.
- Si un proveedor solicita una copia del Reporte de Contacto que se realizó durante una llamada telefónica en respuesta a una indagación por escrito, los Contratistas de Medicare le enviarán una carta detallando lo discutido. Si desea hacer la solicitud, puede enviar una carta por correo o por fax, a menos que la misma incluya información específica sobre el beneficiario o relacionada con la reclamación.
- Cuando su Contratista de Medicare coordina un evento de adiestramiento para el cual hay un cargo por asistencia, y usted se registra y paga, pero no puede asistir al adiestramiento, puede tener derecho a un reembolso parcial o a la totalidad del pago. Para recibir dicho reembolso, usted debe notificar al contratista antes del evento.

Información Adicional

Si desea información detallada sobre el CR5597, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista de Medicare, A/B MAC, DME MAC o RHHI. La misma se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R20COM.pdf>.

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Information and Education Resources for Providers

CR5597 contains, within its attachments, a detailed table showing the data elements that are released in response to provider inquiries for beneficiary information. A key new provision allows Medicare contractors to release abdominal aortic aneurysm screening information to providers. CR5597 is available at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R20COM.pdf> on the CMS website.

Additional Key Points of CR5597

- Medicare's CSRs have the discretion to end a provider telephone inquiry if the caller places them on hold for two minutes or longer. Where possible, the CSR will give prior notice that a disconnection may occur.
- If a provider requests a copy of the Report of Contact made during a telephone response to a written inquiry, Medicare contractors will send you a letter detailing the discussion. This letter may be sent to you by e-mail or fax, if you request, unless the details include specific beneficiary or claim related information.
- When your Medicare contractor schedules a training event for which there is a charge for attendance and you register and pay, but are unable to attend, you may be entitled to a refund of some or all of your payment. But, to receive such a refund, you must notify the contractor before the event.

Additional Information

For complete details regarding this Change Request (CR) please see the official instruction (CR5597) issued to your Medicare carrier, FI, A/B MAC, DME MAC, or RHHI. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R20COM.pdf> on the CMS website.

If you have questions, please contact us 1-877-715-1921.

Pub. MM5597 / Trans R20COM/ CR5597 / 07-13-07 / mlv rrc

Recursos de Información y Educación para Proveedores

CARGOS POR INCUMPLIMIENTO DE CITAS MÉDICAS

Proveedores Afectados

Médicos, proveedores, y suplidores que someten reclamaciones a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés).

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

La política de los Centros de Servicio de Medicaid & Medicare (CMS) es permitir a los médicos y a los suplidores hacer un cargo a los beneficiarios de Medicare por no cumplir con las citas médicas. Sin embargo, Medicare no pagará por citas médicas incumplidas, de modo que no se le debe facturar a Medicare por estos cargos.

Los proveedores no pueden hacer este cargo SOLAMENTE a los beneficiarios de Medicare por las citas médicas incumplidas, sino que deben también hacer el cargo a los pacientes que no son de Medicare. La cantidad que el médico/suplidor cobra a los beneficiarios de Medicare por concepto de incumplimiento con citas médicas debe ser la misma que le cobra a los pacientes que no son beneficiarios de Medicare.

Asegúrese que su personal de facturación tiene conocimiento de que usted puede cobrar directamente al beneficiario de Medicare, que Medicare no puede hacer pagos por concepto de incumplimiento de citas médicas, y que no se debe facturar a Medicare por esos cargos.

Trasfondo

De acuerdo al Capítulo 12, sección 30.3.13 del *Medicare Claims Processing Manual*, que se adjunta al CR5613, la política de CMS le permite a los médicos, proveedores y suplidores hacer un cargo a los beneficiarios por citas médicas incumplidas, siempre que no se discrimine contra los beneficiarios de Medicare y que también se cobre a los pacientes que no son beneficiarios de Medicare por el mismo concepto, y que los cargos sean iguales. El cargo por una cita médica

Information and Education Resources for Providers

CHARGES FOR MISSED APPOINTMENTS

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers who submit claims to Medicare contractors (carriers, fiscal intermediaries (FIs), or Part A/B Medicare administrative contractors (A/B MACs)).

Provider Action Needed

The Centers for Medicaid & Medicare Services (CMS) policy is to allow physicians and suppliers to charge Medicare beneficiaries for missed appointments. However, Medicare itself does not pay for missed appointments, so such charges should not be billed to Medicare.

Providers may not charge ONLY Medicare beneficiaries for missed appointments; they must also charge non-Medicare patients. The amount the physician/supplier charges Medicare beneficiaries for missed appointments must be the same as the amount that they charge non-Medicare patients.

Make certain that your billing staff is aware that you may bill the beneficiary directly, that Medicare itself does not make any payments for missed appointments, and that Medicare should not be billed for these charges.

Background

According to Chapter 12, section 30.3.13 of the Medicare Claims Processing Manual, which is attached to CR5613, CMS policy allows physicians, providers, and suppliers to charge Medicare beneficiaries for missed appointments, provided that they do not discriminate against Medicare beneficiaries but also charge non-Medicare patients for missed appointments and the charges for Medicare and non-Medicare patient are the same. The charge for a missed appointment

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

incumplida no es un cargo por un servicio en sí (a los cuales les aplica las estipulaciones de asignación y de cargos límites), sino que es un cargo cobrado por la oportunidad de negocio que se perdió. Por lo tanto, si la política de hacer un cargo por concepto de citas médicas incumplidas de médicos o suplidores aplica por igual a todos los pacientes (sean o no beneficiarios de Medicare), entonces las leyes y regulaciones de Medicare no impiden que los médicos o suplidores le cobren a los pacientes directamente.

Los otros puntos clave del CR5613 son:

- El proveedor puede facturarle directamente al beneficiario de Medicare.
- Medicare no hace pagos por tarifas o cargos de citas médicas incumplidas, que son impuestos por los proveedores, médicos u otros suplidores.
- Las reclamaciones por citas médicas incumplidas enviadas a Medicare se denegarán con el código de razón 204. (Este servicio/equipo/medicamento no está cubierto bajo el plan actual de beneficios del paciente.)
- En la mayoría de los casos, un departamento ambulatorio de un hospital puede cobrarle a un beneficiario un cargo por citas médicas incumplidas.
- Sin embargo, en el caso que un paciente hospitalizado falte a una cita médica en el departamento ambulatorio del hospital, sería una violación al 42 CFR 489.22 **si el departamento ambulatorio del hospital hiciera un cargo por cita incumplida a ese paciente.**

Información Adicional

Si desea detalles completos sobre el CR5613, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista de Medicare, FI o A/B MAC. La misma se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1279CP.pdf>.

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Information and Education Resources for Providers

is not a charge for a service itself (to which the assignment and limiting charge provisions apply), but rather is a charge for a missed business opportunity. Therefore, if a physician's or supplier's missed appointment policy applies equally to all patients (Medicare and non-Medicare), then the Medicare law and regulations do not preclude the physician or supplier from charging the Medicare patient directly.

The other key points of CR5613 are:

- *The provider may bill the Medicare beneficiary directly.*
- *Medicare does not make any payments for missed appointment fees/charges that are imposed by providers, physicians, or other suppliers.*
- *Claims for missed appointments sent to Medicare will be denied with the reason code 204 (This service/equipment/drug is not covered under the patient's current benefit plan.).*
- *In most instances, a hospital outpatient department can charge a beneficiary a missed appointment charge.*
- *In the event, however, that a hospital inpatient misses an appointment in the hospital outpatient department, it would violate 42 CFR 489.22 **for the outpatient department to charge the beneficiary a missed appointment fee.***

Additional Information

For complete details regarding this Change Request (CR) please see the official instruction (CR5613) issued to your Medicare carrier, FI or A/B MAC. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1279CP.pdf> on the CMS website.

If you have questions, please contact us at 1-877-715-1921.

Pub. MM5613 / Trans R1279CP / CR5613 / 06-29-07 / mlv rrc

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

PROVEEDORES/“VENDORS” QUE PASARON PRUEBAS HIPAA FORMATO X12N (TRANSACCIÓN 837)

La siguiente tabla identifica a aquellos proveedores y vendedores de programas de facturación electrónica que han completado exitosamente las pruebas “HIPAA X12N 837 Professional” realizadas por Triple-S, Inc./División de Medicare. Sus programas pueden ser utilizados por los proveedores de Medicare para el envío de reclamaciones en formato X12N.

VENDORS/PROVIDERS THAT HAS TESTED X12N FORMAT (837 TRANSACTION)

The following table identifies those providers and billing software vendors that have successfully completed “HIPAA X12N 837 Professional” testing with Triple-S, Inc. / Medicare Division. Their programs may be used by Medicare providers to submit X12N electronic claims.

Vendor Name and Program Name	Claims Type Tested	Address and Telephones
MASS: Medical Accounting Systems Software (VisualMASS 7.0)	-Visit/Consultation -Laboratory Procedure -Surgery Procedure	PO Box 397 Manatí, PR 00674 787-854-8638 -- 787-884-7214 mass@coqui.net - mass@massspr.com
Medical Computer Systems (Medical Biller 7.0)	--UPIN --Visit/Consultation --Diagnostic Test --Laboratory --Procedure	642 Greenwood Summit Hills San Juan, PR 00920 787-793-8833 -- Fax: 787-271-0281 medbiller@coqui.net
Structured Systems Corp. (Medical Practice 6.2)	-Visit/Consultation -Diagnostic Tests -Referring Provider/UPIN -Surgery Procedure -Laboratory Procedure	PO Box 50335 Levittown, PR 00950 787-795-5072 reinaldocrespo@structuredsystems.com
TurboMED, Inc. (TurboMED 1.01)	-Visit/Consultation -Diagnostic Tests -Referring Provider/UPIN	Box 1811 Arecibo, PR 00613 787-898-1437 -- ciscar@caribe.net
CompuSoft de Puerto Rico	-Laboratory Services	Urb. Borinquen, Calle 4H 18-C Cabo Rojo, PR 00623 787-851-2867, 787-851-6320 oficina@compusoftpr.com
Advance Data Support (MedOne 2.0)	-Visit/Consultation	PO Box 8512 Bayamón, PR 00960 787-269-3830 , 787-269-5620, 787-841-0396 michaelj@adspr.com
Blás Menendez y Assoc. (MedicMax 2.11.20)	-Surgery -Visit/Consultation -Purchase Service -Referring Provider	PO Box 842 Bayamón, PR 00960-0842 759-9999, ext. 6724 salud@evertec.com
Air Information Systems (Medi+2000)	-Visit/Consultation -Diagnostic Tests -UPIN -Ambulance	PO Box 270152 San Juan, PR 00927-0152 787-590-3686, 787-793-0046, Fax: 787-749-0552 air@puertorico.org

Updated: January 19, 2007-Systems Dept./HAR-MOA

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Vendor Name and Program Name	Claims Type Tested	Address and Telephones
The Right Answer (TRA Medical Billing System 5.0)	-Emergency procedures -Visit/Consultation -UPIN Data -Ambulatory Surgery -Radiology Services -Mammography Procedures -Anesthesia Procedures -Laboratory Services	PMB 396 405 Ave. Esmeralda, Suite #2 Guaynabo, PR 00969-3738 787-272-8787, 787-643-3738 FAX: 787-272-6106 trascasc@prtc.net
Lab Warehouse Inc. (Best 2000)	-Laboratory Services	13 Calle 65 de Infantería Esq. Calle Concordia Lajas, PR 00667 787-899-2900 labware@caribe.net
WebMD	-Radiology Services -UPIN	WebMD Envoy 26 Century Blvd. Nashville, TN 37214 877-469-3263 Contact: Lucy Savino -- LSavino@webmd.net
TekPro, Inc. (MedicPro 3.5)	-Visit/Consultation -UPIN Data -Physical Therapy -Emergency procedures -Radiology Services -Anesthesia Procedures -Laboratory Services -Mammography Procedures	Isabel Andreu Aguilar #103 Edif. Insuramerica Ste. 301 Hato Rey, PR 00925 787-753-1136, 787-753-1189 Fax: 787-763-1262 tekpro@prtc.net
Lamars Computerized Services (Control Total, Versión HIPAA)	-Laboratory Procedure -UPIN	Urb. La Cumbre 9 Kennedy St. Río Piedras, PR 00926 787-720-9697 -- Fax: 787-272-5824 lamars@centennialpr.net
Computer Softek Inc. (WinMBS 3.0)	-Visit/Consultation -UPIN -Surgery Procedure	PO Box 190408 San Juan, PR 00919-0408 787-751-5196, 787-565-8514 http://www.winmbs.com -- softek@prtc.net
JCL Systems, Inc. (Med Center)	-Visit/Consultation -Laboratory Procedure -Surgery Procedure	Box 144, 53 Ave. Esmeralda Guaynabo, PR 00969 787-630-7881 juliojclsys@hotmail.com research@jclsys.com
Simplesoft PR Inc. (Medical Orders System 2.1)	-Visit / Consultation -UPIN -MSP Claims	210 Sol San Juan PR 00901 787-696-4594 -- simplesoft@hotmail.com
Royal Computer Systems Inc. (MEDITRACK 1.0)	-Visit/Consultation -Surgery Procedure	Box 362863 San Juan, P.R. 787-764-8383, 787-251-4429 emartinez@wns.net -- www.meditrak-pr.info
Health Computer Systems (SAIL v.5.03)	-Visit/Consultation -Anestesia -UPIN	PO Box 270030 San Juan, PR 00927-0030 787-781-9868 hcspr@att.net -- http://www.hcspr.com
OFFI-PLUS, INC (OFFI-MED 7.02)	-Visit/Consultation -Surgery	PO Box 1132 Trujillo Alto, PR 00977-1132 787-283-0804 -- PCS 787-642-9035 FAX: 787-292-0222 offiplus@prtc.net -- offiplus@libertypr.net

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Vendor Name and Program Name	Claims Type Tested	Address and Telephones
Multi Soft Developers, MSD (WABS MEDICAL BILLING)	-Radiology Services -UPIN	Ave. Americo Miranda #1110 San Juan, PR 00921 787 793-5725, 787 783-3266 msdbrunet@msn.com -- brunet@caribe.net www.genius-msd.com
Infomedika, Inc. (IUHP ver. 3)	-Visit/Consultation -UPIN	http://www.infomedika.com 787-620-2474 -- ctorres@infomedika.com
MCPC	-Visit/Consultation -UPIN	787-765-3638 mcpc@medsev.biz
Inmediata	-Visit/Consultation	636 San Patricio Ave. San Juan, PR 00920 787-774-6969 , (787) 277-0980 sevelopez@inmediata.com servicioalcliente@inmediata.com www.inmediata.com
Healthcare Automation Services, Inc. (OMS 5.1)	-Visit/Consultation -UPIN -Physical Therapy -Podiatry	140 South Long Beach Avenue Ste 100, Freeport, NY 11520 (516) 868-9777 -- Fax (516) 868-9060 hcaincny@yahoo.com
Healthcare Informatics Partners (Medical Receivables v. A10d)	-Radiology Services -UPIN -Visit/Consultation -Cardiology Services	Condominio San Alberto 605 Ave. Condado, Suite 611 San Juan PR 00907-3811 787-721-0391 -- FAX 787-721-0417 aperez@firstpointpr.com
Schuyler House (SchuyLab 2.2.16)	-Laboratory Services	1390 Boone Industrial Drive Ste 115 Columbia, Mo; 1-888-724-8952, 573-499-1993 ext. 7101 FAX 573-499-1983 sherri@schuylerhouse.com http://www.schuylerhouse.com
McKesson Transactions Solutions Hub	-Visit/Consultation -UPIN -Ophthalmological Services	One Dubuque Building, Suite 500, Dubuque, Iowa 52001 Main Fax Line (563-557-3334) -- 800-527-8133 maryjo.vrotsos@mckesson.com
Thoroughbred Software International, Inc. (RAMS Software v8.4.1)	-Visit/Consultation -Cardiology Services -Home Health Services	285 Davidson Ave, Suite 302 Somerset, NJ 08873 (732) 560-1377 -- Fax (732) 560-1594 tbred@tbred.com
Per-Sé Technologies	-Visit/Consultation	1145 Sanctuary Parkway Suite 200 Alpharetta, GA 30004 770-237-4300 -- 877-73PERSE toll free www.per-se.com
Computer Innovations, Inc.	-Visit/Consultation	1484 Highland Avenue Cheshire, CT. 06410 203-272-1554
Xactimed Inc.	-Visit/Consultation	9400 North Central Expressway, Suite 700 Dallas, TX. 75231 214-692-4413 -- www.xactimed.com
HealthCareTek	-Visit/Consultation	7031 Grand National Drive Suite 110 Orlando, FL. 75231 407-251-4410 -- www.healthcaretek.com
EVERTEC, Inc. - Health Systems Division (MedOne 2.0 / MedicMAX)	-Visit/Consultation	PO Box 842 Bayamón, PR 00960-0842 759-9999, ext. 6724 salud@evertec.com

Política Médica

AVISO IMPORTANTE SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS EN 2008

Proveedores Afectados

Médicos y otros proveedores que facturan a los Contratistas de la Parte B de Medicare o Contratistas Administrativos de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por concepto de la administración de vacunas cubiertas bajo la Parte D a beneficiarios de Medicare.

Lo Que Usted Necesita Saber

Este artículo de Edición Especial (SE0723) provee guías de pago para el año 2008 para la administración de vacunas cubiertas bajo la Parte D. Estas no son guías nuevas, solamente un recordatorio de la política para el 2008. Recuerde que, vigente el 1 de enero de 2008, los médicos ya no podrán facturar a la Parte B de Medicare por la administración de vacunas cubiertas bajo la Parte D de Medicare utilizando el código G0377. En su lugar, deben facturar al paciente por la vacuna y por la administración de la misma, y el paciente tendrá que someter una reclamación de reembolso a la Parte D de Medicare. Usted debe asegurarse de que el personal de facturación de su oficina tiene conocimiento de estas guías para la administración de vacunas cubiertas bajo la Parte D durante el año 2008.

Trasfondo

La sección 202(b) del *Tax Relief and Health Care Act* (TRHCA) de 2006, estableció una política permanente para el pago por parte de Medicare de la administración de vacunas cubiertas bajo la Parte D, a partir del 2008. Específicamente, la política establece que, con vigencia el 1 de enero de 2008, la administración de vacunas cubiertas por la Parte D está incluida en la definición de “medicamento cubierto bajo la Parte D”, bajo el estatuto de la Parte D.

Medical Policy

IMPORTANT NOTICE REGARDING VACCINE ADMINISTRATIONS IN 2008

Provider Types Affected

Physicians and other providers who bill Medicare carriers or Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for the administration of Part D-covered vaccines to Medicare beneficiaries.

What Providers Need to Know

This article (Special Edition (SE) 0723) provides 2008 payment guidance for the administration of Part D-covered vaccines. This is not new policy guidance, just a reminder of the policy for 2008. Remember that, effective January 1, 2008, physicians can no longer bill Medicare Part B for the administration of Medicare Part D-covered vaccines, using the special G code (G0377). Instead, you will need to bill the patient for the vaccine and its administration, and the patient will need to submit the claim to their Part D plan for reimbursement. You should make sure that your billing staffs are aware of this Part D-covered vaccine administration guidance for 2008.

Background

Section 202(b) of the Tax Relief and Health Care Act of 2006 (TRHCA) established a permanent policy for payment by Medicare for administration of Part D-covered vaccines, beginning in 2008. Specifically, the policy states that, effective January 1, 2008, the administration of a Part D-covered vaccine is included in the definition of “covered Part D drug” under the Part D statute.

Cont. on next page

Política Médica

Durante el 2007, en el periodo de transición a esta nueva política, se les permitía a los proveedores facturar a la Parte B por concepto de vacunas cubiertas bajo la Parte D, haciendo uso de un código G especial (G0377).

El SE0723 ahora les recuerda a los proveedores sobre el requisito de pago por la Parte B por concepto de administración de vacunas cubiertas bajo la Parte D aplicaba solamente durante el 2007.

Por lo tanto, a partir del 1 de enero de 2008, usted ya no podrá facturar el código G a la Parte B; más bien, usted facturará al paciente por concepto de la vacuna y la administración de la misma, y el paciente tendrá que someter una reclamación de reembolso a la Parte D.

Nota Importante: Estas guías no afectan las vacunas cubiertas bajo la Parte B.

Información Adicional

Usted puede hacer referencia al artículo MLN Matters (MM5486 - *Payment by DME MACs and DMERCs for the Administration of Part D Vaccines*), publicado el 29 de diciembre de 2006; y el artículo MM5459 (*Emergency Update to the 2007 Medicare Physician Fee Schedule Database (MPFSDB)*), publicado el 11 de enero de 2007. Dichos artículos se encuentran disponibles en los siguientes enlaces, respectivamente: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5486.pdf> y <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5459.pdf>.

También puede evaluar el SE0727 (*Reimbursement for Vaccines and Vaccine Administration Under Medicare Part D*), el cual se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0727.pdf>.

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Medical Policy

During 2007, in transition to this new policy, providers were permitted to bill Part B for the administration of a Part D vaccine using a special G code (G0377).

SE0723 now reminds providers of the requirement that payment by Part B for the administration of Part D covered vaccines only applied during 2007.

Therefore, effective January 1, 2008, you can no longer bill the G code to Part B; rather you will need to bill the patient for the vaccine and its administration, and the patient will need to submit the claim to the Part D plan for reimbursement.

Important Note: This guidance does not affect Part B covered vaccines.

Additional Information

*You might want to look at MLN Matters articles MM5486 (*Payment by DME MACs and DMERCs for the Administration of Part D Vaccines*), released December 29, 2006; and MM5459 (*Emergency Update to the 2007 Medicare Physician Fee Schedule Database (MPFSDB)*) released January 11, 2007. You can find these articles at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5486.pdf> and <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5459.pdf>, respectively.*

*You may also want to review SE0727 (*Reimbursement for Vaccines and Vaccine Administration Under Medicare Part D*), which may be found at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0727.pdf> on the CMS website.*

If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

Pub. SE0723 / Rev. 08-03-07/ mlv rrc

Política Médica

PROCEDIMIENTOS DE IMÁGENES DE RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI)

Proveedores Afectados

Instalaciones independientes de pruebas diagnósticas y otros proveedores que someten reclamaciones a los Contratistas de Medicare, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) y Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por concepto de servicios de Imágenes de Resonancia Magnética (MRI por sus siglas en inglés) prestados a beneficiarios de Medicare.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Vigente el 1 de enero de 2007, se hará un pago separado para el medio de contraste utilizado en varios procedimientos de imágenes. El costo del medio de contraste ya no estará incluido en las unidades de valor relativo (RVUs por sus siglas en inglés) de costos de práctica para esos procedimientos.

Además del código CPT que representa el procedimiento de imágenes, el Código HCPCS "Q" apropiado (Q9945-Q9954; Q9958-Q9964) se puede facturar y pagar por separado para el medio de contraste utilizado al realizar el servicio.

Asegúrese de que el personal de facturación de su oficina tenga conocimiento sobre estos cambios. Vea la sección **Trasfondo y Puntos Clave** de este artículo para más información.

Trasfondo y Puntos Clave

Antes del 1 de enero de 2007, no se hacían pagos por separado para medios de contraste utilizados en ciertos procedimientos de imágenes MRI debido a que el medio de contraste estaba incluido en el pago del procedimiento. Si desea leer el cambio completo del Capítulo 13 (*Radiology Services and Other Diagnostic Procedures*) del *Medicare Claims Processing Manual*, refiérase a la sección **Información Adicional** de este artículo y acceda el enlace de **instrucciones especiales** que fue publicado en el CR5677. Los puntos clave del CR5677 son:

Medical Policy

MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI) PROCEDURES

Provider Types Affected

Independent diagnostic testing facilities and other providers submitting claims to Medicare carriers, Fiscal Intermediaries (FIs) and Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for MRI services provided to Medicare beneficiaries.

Provider Action Needed

Effective January 1, 2007, separate payment is made for the contrast media used in various imaging procedures. The cost of the contrast media is no longer included in the practice expense (PE) relative values units (RVUs) for the procedures.

In addition to the Current Procedural Terminology (CPT) code representing the imaging procedure, the appropriate Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) "Q" code (Q9945-Q9954; Q9958-Q9964) can be separately billed and paid for the contrast medium utilized in performing the service.

Make certain that your billing staffs are aware of these changes. See the Background and Key Points sections of this article for further information.

Background and Key Points

Prior to January 1, 2007, separate payment was not made for contrast media used in certain MRI procedures because the contrast media was included in the payment for the procedure. To read the complete change in the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 13-Radiology Services and Other Diagnostic Procedures, see the Additional Information section of this article and click on the official instruction that was issued with CR5677. The key points of CR5677 are:

Cont. on next page

Política Médica

- Intermediarios Fiscales, Contratistas de la Parte B y A/B MACs de Medicare pagarán por separado por el medio de contraste identificado con el Código HCPCS “Q” apropiado (Q9945-Q9954; Q9958-Q9964) utilizado al realizar el procedimiento de imágenes.
- Los FIs, Contratistas de la Parte B y A/B MACs de Medicare no buscarán en sus expedientes para pagar retroactivamente reclamaciones afectadas por este cambio; sin embargo, harán ajustes en aquellas reclamaciones que usted traiga a su atención y que fueron denegadas, con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2007.

Información Adicional

Para detalles completos sobre el CR5677, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista de Medicare, FI o A/B MAC. La instrucción se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1339CP.pdf>.

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Medical Policy

- *Medicare FIs, carriers, and A/B MACs will pay separately for the contrast medium identified with the appropriate HCPCS “Q” code (Q9945-Q9954; Q9958-Q9964) used in performing various MRI procedures.*
- *Medicare FIs, carriers, and A/B MACs will not search their files for claims affected by this change to retroactively pay claims, but will adjust such claims that you bring to their attention that were denied with dates of service on or after January 1, 2007.*

Additional Information

For complete details regarding this Change Request (CR) please see the official instruction (CR5677) issued to your Medicare carrier, FI or A/B MAC. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1339CP.pdf> on the CMS website.

If you have questions, please contact us at 1-877-715-1921.

Pub. MM5677 / Trans R1339CP / CR5677 / 09-21-07 / mlv rrc

ANGIOPLASTÍA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA (PTA)

Nota: Este artículo se revisó el 13 de septiembre de 2007 para reflejar que CMS revisó y volvió a emitir el CR5660. Se cambió la fecha de publicación, el número de transmisión y la dirección electrónica para acceder el CR5660. El resto de la información permanece igual.

Proveedores Afectados

Médicos y hospitales que someten reclamaciones a los contratistas de Medicare (Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés), Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), o Contratistas de la Parte B) por servicios PTA suministrados a beneficiarios Medicare.

PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL ANGIOPLASTY (PTA)

Note: *This article was revised on September 13, 2007, to reflect that CMS revised and re-issued CR5660. The CR release date, transmittal number, and the Web address for accessing CR5660 were changed. All other information remains the same.*

Provider Types Affected

Physicians and hospitals who submit claims to Medicare contractors (Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), Fiscal Intermediaries (FI) or carriers) for PTA services provided to Medicare beneficiaries.

Cont. on next page

Política Médica

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

El 2 de agosto de 2006, una petición para reconsiderar la Determinación de Cubierta Nacional (NCD por sus siglas en inglés) para la Angioplastia Transluminal Percutánea (PTA por sus siglas en inglés) y “stenting” de las arterias carótidas dio inicio a un análisis de cobertura nacional. El CR5660 comunica los hallazgos resultantes de ese análisis.

Vigente para fechas de servicio prestados a partir del 30 de abril de 2007, usted debe:

- Saber sobre las aclaraciones concernientes al uso de PTA y “stenting” de las arterias carótidas para pacientes de alto riesgo de endarterectomía carótida (CEA por sus siglas en inglés), y
- Observar el proceso que las instalaciones deben seguir para la certificación y recertificación que se especifica en la sección 20.7 de la Publicación 100-03, *Medicare National Coverage Determinations Manual*.

Si usted es un proveedor de servicios PTA y “stenting” de las arterias carótidas sepa que CMS ha revisado la evidencia y ha determinado que la cubierta para este NCD no ha cambiado y que las instalaciones deben seguir las guías de certificación/re-certificación en el CR5660. Vea las secciones **Trasfondo** e **Información Adicional** de la actualización al *Medicare Modernization Act* (MMA).

Trasfondo

El 22 de abril de 2005, CMS publicó el CR3811, el cual provee cubierta de Medicare para el PTA de la arteria carótida concurrente con la implantación de un “stent” carótido aprobado por la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) cuando los beneficiarios se encuentran en alto riesgo de una endarterectomía carótida (CEA). Este NCD forma parte de la sección 20.7 del *Medicare National Coverage Determinations Manual* y los cambios en el NCD se detallan más adelante. Para leer más acerca de este NCD, vea el artículo publicado con este CR, el cual se encuentra disponible en la sección **Información Adicional** de este artículo.

Medical Policy

Provider Action Needed

On August 02, 2006, a request to reconsider the national coverage determination (NCD) for PTA and stenting of the carotid arteries initiated a national coverage analysis. Change request (CR) 5660 communicates the findings resulting from that analysis.

Effective for dates of service performed on and after April 30, 2007, be aware of

- *Clarifications regarding the use of PTA and stenting of the carotid arteries for patients at high risk for carotid endarterectomy (CEA) and*
- *Note the process that facilities must follow for certification and recertification that is specified in section 20.7 of Publication 100-03, the Medicare National Coverage Determinations Manual.*

*If you are a provider of PTA and stenting of the carotid arteries services be aware that CMS has reviewed the evidence and determined that coverage for this NCD is unchanged and that facilities should follow the certification/recertification guidelines in CR5660. See the **Background** and **Additional Information** sections of this Medicare Modernization Act (MMA) update.*

Background

*On April 22, 2005, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) issued change request (CR) 3811 providing Medicare coverage for PTA of the carotid artery concurrent with placement of an FDA-approved carotid stent when beneficiaries are at high risk for carotid endarterectomy (CEA). This national coverage determination (NCD) is contained in section 20.7 of the Medicare National Coverage Determinations Manual and the changes in the NCD are listed below. To read more about this NCD, please see the article issued with this change request that may be found in the **Additional Information** section of this article.*

Cont. on next page

Política Médica

El PTA está cubierto cuando se utiliza bajo las siguientes condiciones:

- Tratamiento de Lesiones Obstructivas Arterioscleróticas
 - En las extremidades inferiores, ejemplo, el ilíaco, femoral y arterias popliteales
 - En las extremidades superiores, ejemplo, el anónimo, subclavio, axilar y arterias braquiales, pero no así la cabeza ni los vasos del cuello.
 - De una sola arteria coronaria.
- Concurrente con la Implantación del “Stent” Carótido
 - Exención de Aparatos Investigativos bajo la Categoría B aprobados por la FDA, en ensayos clínicos con vigencia el 1 de julio de 2001.
 - Estudios Post-Aprobación, aprobados por la FDA, con vigencia el 12 de octubre de 2004.
 - Pacientes en Alto Riesgo de Endarterectomía Carótida (CEA), con vigencia el 17 de marzo de 2005.

NOTAS: La cobertura se limita a procedimientos realizados usando “stent” de arteria carótida aprobado por la FDA y aparatos de protección embólica.

Se requiere el uso de un dispositivo distal embólico. Si del dispositivo de protección embólica distal no resulta técnicamente posible, entonces el procedimiento debe ser abortado debido a los riesgos del “stenting” de arteria carótida (CAS por sus siglas en inglés) sin protección embólica distal.

- Concurrente con la Implantación Intracraneal de “Stent”
 - Ensayos Clínicos IDE Aprobados por la FDA Categoría B, con vigencia el 6 de noviembre de 2006.

Los CAS para pacientes que no se encuentran en alto riesgo de CEA permanecen con cubierta solamente en la Categoría B IDE aprobada por la FDA, en ensayos clínicos realizados de acuerdo al 42 CFR 405.201.

Medical Policy

PTA is covered when used under the following conditions:

- *Treatment of Atherosclerotic Obstructive Lesions.*
 - *In the lower extremities, i.e. the iliac, femoral, and popliteal arteries.*
 - *In the upper extremities, i.e. the innominate, subclavian, axillary, and brachial arteries, but not head or neck vessels.*
 - *Of a single coronary artery.*
- *Concurrent with Carotid Stent Placement.*
 - *Food and Drug Administration (FDA)-Approved Category B Investigational Device Exemption (IDE) Clinical Trials Effective July 1, 2001.*
 - *FDA-Approved Post Approval Studies-Effective October 12, 2004.*
 - *Patients at High Risk for Carotid Endarterectomy (CEA)-Effective March 17, 2005.*

NOTES: Coverage is limited to procedures performed using FDA approved carotid artery stents and embolic protection devices.

The use of a distal embolic protection device is required. If deployment of the distal embolic protection device is not technically possible, then the procedure should be aborted given the risks of carotid artery stenting (CAS) without distal embolic protection.

- *Concurrent with Intracranial Stent Placement*
 - *FDA-Approved Category B IDE Clinical Trials-Effective November 6, 2006.*

CAS for patients who are not at high risk for CEA remains covered only in FDA-approved Category B IDE clinical trials under 42 CFR 405.201.

Cont. on next page

Política Médica

CMS ha determinado que el PTA de la arteria carótida concurrente con la implantación de un “stent” carótido aprobado por la FDA no es **razonable** y **necesario** para todos los otros pacientes.

Certificación de Instalaciones Hospitalarias

Las instituciones de salud deben ser certificadas por Medicare para cubrir los procedimientos CAS y deben re-certificarse cada dos (2) años a fin de poder mantener la cubierta de Medicare para procedimientos CAS. La re-certificación será otorgada cuando la instalación hospitalaria pueda documentar y describir la manera cómo cumplen y como continúan cumpliendo con los estándares de CMS. Las nuevas guías de re-certificación se describen a continuación:

A los 23 meses después de la certificación inicial:

- Entrega de una carta a CMS estableciendo cómo la institución de salud continúa cumpliendo con los estándares mínimos de la institución, tal como se detallan en la Sección 20.7 del *Medicare National Coverage Determinations Manual*. (Vea la sección **Información Adicional** de este artículo donde encontrará el enlace Web al NCD dentro del CR5660).

A los 27 meses después de la certificación inicial:

- Entrega de los elementos de información requeridos para todos los procedimientos CAS realizados en los pacientes durante los dos (2) años previos a la certificación.
- Elementos de información requeridos:
 - Número de Identificación de Medicare del paciente, si se trata de un beneficiario de Medicare;
 - La fecha de nacimiento del paciente;
 - La fecha del procedimiento;
 - Establecer si el paciente cumple con los criterios de alto riesgo quirúrgico (según se define más adelante).
 - ◆ Edad ≥ 80
 - ◆ Infarto al Miocardio (MI) reciente (< 30 días)
 - ◆ Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo (LVEF) < 30%;

Medical Policy

CMS has determined that PTA of the carotid artery concurrent with the placement of an FDA-approved carotid stent is not reasonable and necessary for all other patients.

Facilities Certification

Facilities must be certified for Medicare to cover the CAS procedures and must recertify every two (2) years in order to maintain Medicare coverage of CAS procedures. Recertification will occur when the facility documents that and describes how it continues to meet the CMS standards. The new recertification guidelines are as follows:

At 23 months after initial certification:

- *Submission of a letter to CMS stating how the facility continues to meet the minimum facility standards as listed in Section 20.7 of the Medicare National Coverage Determinations Manual. (See the Additional Information section of this article for the Web link to the NCD within CR5660)*

At 27 months after initial certification:

- *Submission of required data elements for all CAS procedures performed on patients during the previous two (2) years of certification.*

- *Required data elements:*

Patients' Medicare identification number if a Medicare beneficiary;

Patients' date of birth;

Date of procedure;

Does the patient meet high surgical risk criteria (defined below)?

- ◆ *Age ≥ 80 ;*
- ◆ *Recent (< 30 days) Myocardial Infarction (MI);*
- ◆ *Left Ventricle Ejection Fraction (LVEF) < 30%;*

Cont. on next page

Política Médica

- ◆ Oclusión carótida contralateral;
- ◆ Fallo congestivo cardíaco Clase III o IV, de acuerdo a los estándares de del *New York Heart Association* (NYHA).
- ◆ Angina Inestable: Clase II/IV de acuerdo a los estándares de la Sociedad Cardiovascular de Canadá (CCS);
- ◆ Fallo renal: paciente con fallo renal terminal en tratamiento de diálisis.
- ◆ Enfermedad pulmonar crónica severa;
- ◆ Radiación previa del cuello;
- ◆ Lesión(es) de la Arteria Carótida Interna (ICA por sus siglas en inglés) cervical alta;
- ◆ Restenosis de endarterectomía (CEA) previa;
- ◆ Traqueotomía
- ◆ Parálisis del nervio laríngeo contralateral

El paciente está asintomático (se define más adelante)

- ◆ Ataque Isquémico Transitorio de Carótida (TIA por sus siglas en inglés) y que persiste por menos de 24 horas;
- ◆ Ataque cerebral no-incapacitante: Escala Rankin Modificada <3 con síntomas durante 24 horas o más;
- ◆ Ceguera monocular transitoria: amaurosis fugax

Resultado de la Escala Rankin Modificada si el paciente experimenta un ataque cerebral;

Porcentaje de estenosis de lesiones de "stent" debido a angiografía;

¿Se utilizó protección embólica?

-- ¿Hubo alguna complicación durante la hospitalización (se define más adelante)?

Medical Policy

- ◆ *Contralateral carotid occlusion;*
- ◆ *New York Heart Association (NYHA) Class III or IV congestive heart failure;*
- ◆ *Unstable angina: Canadian Cardiovascular Society (CCS) Class III/IV;*
- ◆ *Renal failure: end stage renal disease on dialysis;*
- ◆ *Common Carotid Artery (CCA) lesion(s) below clavicle;*
- ◆ *Severe chronic lung disease;*
- ◆ *Previous neck radiation;*
- ◆ *High cervical Internal Carotid Artery (ICA) lesion(s);*
- ◆ *Restenosis of prior carotid endarterectomy (CEA);*
- ◆ *Tracheostomy;*
- ◆ *Contralateral laryngeal nerve palsy.*

Is the patient symptomatic (defined below)?

- ◆ *Carotid Transient Ischemic Attack (TIA) persisting less than 24 hours;*
- ◆ *Non-disabling stroke: Modified Rankin Scale <3 with symptoms for 24 hours or more;*
- ◆ *Transient monocular blindness: amaurosis fugax;*

Modified Rankin Scale score if the patient experienced a stroke;

Percent stenosis of stented lesion(s) by angiography;

Was embolic protection used?

-- Were there any complications during hospitalization (defined below)?

Cont. on next page

Política Médica

- ◆ Ataque: un déficit neurológico isquémico que persiste por más de 24 horas
- ◆ MI
- ◆ Muerte

La re-certificación tiene vigencia por dos (2) años adicionales durante los cuales se requerirá de las instalaciones de salud que sometan información el 1 de abril y el 1 de octubre de cada año.

CMS considerará la aprobación de registros nacionales de “stenting” de arteria carótida que le provean a CMS un resumen amplio del registro y sus capacidades, y la manera en la cual el registro cumple con los requisitos de recopilación y evaluación de información de CMS. Estándares específicos para la aprobación de CMS se detallan a continuación. Las instalaciones de salud que están en el registro CAS nacional aprobado de CMS automáticamente cumplen con los estándares de colección de información para la certificación inicial y la recertificación. Los contratos de hospitales con un registro aprobado pueden incluir autoridad para el registro de someter información requerida CMS para el hospital. Una lista de registros aprobados será puesta a disponibilidad en el sitio Web de cubierta de CMS. Además, CMS publicará una lista de instalaciones de salud aprobadas en el “Federal Register”.

Registros Nacionales

Tal como se menciona más arriba, CMS aprobará registros nacionales desarrollados por sociedades profesionales y otras organizaciones y permitirá a estas entidades que recopilen y sometan información a CMS de parte de las instituciones de salud participantes a fin de que puedan cumplir con los requisitos de certificación y de re-certificación de la institución. Para ser elegible a desarrollar estas funciones y formar parte del registro aprobado de CMS (el Registro Nacional), como mínimo, debe tener la capacidad de:

1. Registrar instalaciones de salud en cada estado y territorio de los E.U.;
2. Asegurar la confidencialidad de la información obtenida y el cumplimiento con las regulaciones de la Ley HIPAA.
3. Recopilar información sobre los elementos requeridos por CMS, tal como se menciona arriba;

Medical Policy

- ◆ *Stroke: an ischemic neurologic deficit that persisted more than 24 hours*
- ◆ *MI*
- ◆ *Death*

Recertification is effective for two (2) additional years during which facilities will be required to submit the requested data every April 1 and October 1.

CMS will consider the approval of national carotid artery stenting registries that provide CMS with a comprehensive overview of the registry and its capabilities, and the manner in which the registry meets CMS data collection and evaluation requirements. Specific standards for CMS approval are listed below. Facilities enrolled in a CMS approved national CAS registry will automatically meet the data collection standards required for initial and continued facility certification. Hospitals' contracts with an approved registry may include authority for the registry to submit required data to CMS for the hospital. A list of approved registries will be made available on the CMS coverage website. In addition, CMS will publish a list of approved facilities in the Federal Register.

National Registries

As noted above, CMS will approve national registries developed by professional societies and other organizations and allow these entities to collect and submit data to CMS on behalf of participating facilities to meet facility certification and recertification requirements. To be eligible to perform these functions and become a CMS approved registry, the national registry, at a minimum, must be able to:

1. *Enroll facilities in every US state and territory;*
2. *Assure data confidentiality and compliance with HIPAA;*
3. *Collect the required CMS data elements as listed above;*

Cont. on next page

Política Médica

4. Asegurar la calidad y la integridad de la información;
5. Atender las deficiencias existentes en la recopilación de data, la calidad y presentación de la misma.
6. Validar la información sometida por las instituciones de salud, según se considere necesario;
7. Mantener un registro de los resultados a largo plazo, tales como ataque cerebral y muerte;
8. Dirigir análisis de data y preparar informes específicos de información y resúmenes de la institución;
9. Someter información a CMS de parte de las instituciones individuales; y
10. Proveer informes trimestrales a CMS sobre instituciones que no cumplen o que ya no cumplen con los requisitos de CMS de certificación y de recertificación de la institución que tratan sobre la recopilación y análisis de información.

Los registros que deseen recibir esta designación de CMS deben someter evidencia que demuestre que cumplen con (o exceden) estos diez (10) requisitos. Aunque los requisitos del registro pertenecen al CAS, CMS aconseja enérgicamente a todos los registros nacionales que establezcan un mecanismo similar para recopilar información comparable sobre CEA. El tener ambos, tanto la información del CAS como la del CEA, le ayudará a contestar preguntas sobre la revascularización de carótida, en general, entre la población de Medicare.

Información Adicional

Para detalles completos sobre el CR5660, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista de Medicare o A/B MAC. Esa instrucción está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R77NCD.pdf>.

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

El artículo MLN Matters relacionado al CR3811, al cual se hace referencia en la sección **Trasfondo** de este artículo, está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM3811.pdf>.

Medical Policy

4. Assure data quality and data completeness;
5. Address deficiencies in the facility data collection, quality, and submission;
6. Validate the data submitted by facilities, as needed;
7. Track long term outcomes such as stroke and death;
8. Conduct data analyses and produce facility specific data reports and summaries;
9. Submit data to CMS on behalf of the individual facilities; and
10. Provide quarterly reports to CMS on facilities that do not meet or no longer meet the CMS facility certification and recertification requirements pertaining to data collection and analysis.

Registries wishing to receive this designation from CMS must submit evidence that they meet or exceed these 10 requirements. Though the registry requirements pertain to CAS, CMS strongly encourages all national registries to establish a similar mechanism to collect comparable data on CEA. Having both CAS and CEA data will help answer questions about carotid revascularization, in general, in the Medicare population.

Additional Information

For complete details regarding this Change Request (CR) please see the official instruction (CR5660) issued to your Medicare carrier, or A/B MAC. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R77NCD.pdf> on the CMS web site.

If you have questions, please contact us at 1-877-715-1921.

The MLN Matters article related to CR3811, which is referenced in the Background Section of this article, can be reviewed at the following link <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM3811.pdf> on the CMS website.

Pub. MLN5660 / Trans R77NCD / CR5660 / 09-12-07 / mlv rrc

Política Médica

ESTIMULACIÓN DEL NERVIOS VAGO (VNS) PARA EL TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN RESISTENTE

Proveedores Afectados

Médicos, hospitales y otros proveedores que facturan a los Contratistas de Medicare, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) y Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés), por concepto de procedimientos de estimulación del nervio vago.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

El CR 5612, del cual se extrae este artículo, anuncia que CMS está emitiendo una determinación nacional de no-cobertura (NCD por sus siglas en inglés), estableciendo que la estimulación del nervio vago (VNS por sus siglas en inglés) no es **razonable y necesaria** para el tratamiento de depresión resistente.

Por lo tanto, a partir del 4 de mayo de 2007, CMS denegará reclamaciones para VNS cuando la indicación para este procedimiento es depresión resistente.

Trasfondo

La Estimulación del Nervio Vago (VNS) utiliza un generador operado con baterías (similar al del marcapasos), que se implanta quirúrgicamente debajo de la piel del lado izquierdo del pecho, y con un conductor (cable) conectado del generador al nervio vago izquierdo, a través del cual se envían señales eléctricas al cerebro.

En el 1999, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), emitieron una Determinación de Cubierta Nacional (NCD por sus siglas en inglés) que establece que, con vigencia para servicios prestados a partir del 1 de julio de 1999, el VNS se considera "**razonable y necesario**" para pacientes con ataque convulsivo parcial refractario cuando la cirugía no es recomendable o ha fallado.

Medical Policy

VAGUS NERVE STIMULATION (VNS) FOR RESISTANT DEPRESSION

Provider Types Affected

Physicians, hospitals, and other providers who bill Medicare carriers, fiscal intermediaries (FI), and Medicare Administrative Contractors (A/B MAC) for vagus nerve stimulation procedures.

Provider Action Needed

CR 5612, from which this article is taken, announces that CMS is issuing a national (non) coverage determination (NCD) stating that vagus nerve stimulation (VNS) is not reasonable and necessary for the treatment of resistant depression.

Therefore, effective May 4, 2007, CMS will deny VNS claims when resistant depression is the indication for the procedure.

Background

Vagus Nerve Stimulation (VNS) utilizes a battery-powered pulse generator (similar to a pacemaker), that is surgically implanted under the skin of the left chest and an electrical lead (wire) connected from the generator to the left vagus nerve; through which electrical signals are sent to the brain.

*In 1999, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) issued a national coverage determination (NCD) that (effective for services performed on or after July 1, 1999) VNS is **reasonable and necessary** for patients with medically refractory partial onset seizures when surgery is not recommended or has failed.*

Cont. on next page

Política Médica

El 7 de agosto de 2006, una petición formal para reconsiderar la depresión resistente como una indicación adicional dio inicio a un análisis de cubierta nacional, y el CR 5612, del cual se extrae este artículo, comunica los hallazgos de ese análisis. Específicamente, en el CR5612, CMS anuncia que ha evaluado la evidencia y que ha concluido que la estimulación del nervio vago (VNS), no se considera “razonable y necesario” para el tratamiento de depresión resistente, de acuerdo a la Sección §1862(a)(1)(A) del Acta de Seguro Social, y ha emitido una determinación nacional de no-cobertura para esta indicación.

Por lo tanto, vigente el 4 de mayo de 2007, CMS denegará o rechazará, según sea apropiado, las reclamaciones de VNS para el tratamiento de depresión resistente, tal como se especifica en el Medicare National Coverage Determinations Manual, Capítulo 1, Parte 2 (Secciones 90 – 160.25 (Coverage Determinations), Sección 160.18 (Vagus Nerve Stimulation [VNS], Sub-Sección C (Nationally Non-Covered Indications)).

El CR5612 contiene algunos datos específicos acerca de la cobertura VNS que usted debe saber:

- Los Contratistas, FIs, y A/B MACs continuarán pagando las reclamaciones VNS de ataques convulsivos parciales refractarios, tal como se especifica en la sección 160.18.B del Medicare National Coverage Determination Manual, identificado cuando cualquiera de los siguientes códigos de diagnóstico ICD-9-CM aparecen en la reclamación.
 - **345.41** (Localization-related (focal) (partial) epilepsy and epileptic syndromes with complex partial seizures with intractable epilepsy),
 - **345.51** (Localization-related (focal) (partial) epilepsy and epileptic syndromes with simple partial seizures with intractable epilepsy), o

Medical Policy

*On August 7, 2006, a formal request to reconsider resistant depression as an additional indication initiated a national coverage analysis, and CR 5612, from which this article is taken, communicates the findings of that analysis. Specifically in CR5612, CMS announces that it has reviewed the evidence and has concluded that vagus nerve stimulation (VNS) is not **reasonable and necessary** for the treatment of resistant depression under §1862(a)(1)(A) of the Social Security Act, and has issued a national noncoverage determination for this indication.*

Therefore, effective May 4, 2007, CMS will deny or reject, as appropriate, VNS claims for resistant depression, as specified in the Medicare National Coverage Determinations Manual, Chapter 1, Part 2 (Sections 90 – 160.25 (Coverage Determinations)), Section 160.18 (Vagus Nerve Stimulation (VNS), Subsection C (Nationally Non-Covered Indications)).

CR5612 contains some specifics about VNS coverage that you should be aware of:

- *Carriers, FIs, and A/B MACs will continue to pay VNS claims for medically refractory partial onset seizures as specified in section 160.18.B of the Medicare National Coverage Determination Manual, identified when any of the following ICD-9-CM diagnosis codes appear on the claim:*
 - **345.41** (Localization-related (focal) (partial) epilepsy and epileptic syndromes with complex partial seizures with intractable epilepsy),
 - **345.51** (Localization-related (focal) (partial) epilepsy and epileptic syndromes with simple partial seizures with intractable epilepsy), or

Cont. on next page

Política Médica

- Los Contratistas, FIs, y A/B MACs continuarán denegando/rechazando las reclamaciones VNS para cualquier otro tipo de ataque convulsivo, tal como se especifica en la sección 160.18.C del Medicare National Coverage Determination Manual.
- Los médicos y hospitales serán responsables por los procedimientos de VNS no-cubiertos, a menos que ellos emitan una Notificación de Beneficiario por Adelantado (ABN por sus siglas en inglés), la cual debe incluir el siguiente lenguaje:
 - Sección de Servicio o Artículos: “Estimulación del Nervio Vago”
 - Sección del “Por Qué”; “Tal como se especifica en la sección 160.18 de la Pub.100-03, del Medicare National Coverage Determination Manual, Medicare no pagará por este procedimiento ya que no se considera “razonable y necesario” para (seleccione uno: “su tipo de desorden de ataque convulsivo”, o “depresión resistente”).”
- Al denegar los servicios de VNS no-cubiertos, los Contratistas, FIs, y A/B MACs usarán los siguientes mensajes:
 - Aviso de Resumen de Medicare (MSN por sus siglas en inglés) 16.10 “Medicare no paga por este artículo o servicio”,
 - Código de Razón de Ajuste de Reclamación (CARC por sus siglas en inglés) 50: “Estos son servicios no-cubiertos porque no se consideran como una “necesidad médica” por el pagador”, y
 - Uno de los siguientes mensajes sobre Códigos de Comentario de Remesa de Pago (RARC por sus siglas en inglés), dependiendo de la responsabilidad:
 - ◆ Alerta M27: “El paciente ha sido relevado de la responsabilidad del pago de estos artículos y servicios bajo la limitación de la

Medical Policy

- *Carriers, FIs, and A/B MACs will continue to deny/reject VNS claims for all other types of seizures as specified in section 160.18.C of the Medicare National Coverage Determination Manual.*
- *Physicians and hospitals will be liable for noncovered VNS procedures unless they issue an appropriate advance beneficiary notice (ABN), which should include the following language:*
 - *Items or Service Section: “Vagus Nerve Stimulation”.*
 - *Because Section: “As specified in section 160.18 of Pub.100-03, Medicare National Coverage Determination Manual, Medicare will not pay for this procedure as it is not a reasonable and necessary treatment for (select either “your type of seizure disorder” or “resistant depression.”)”*
- *When denying non-covered VNS services carriers, FIs, and A/B MACs will use the following messages:*
 - *Medicare Summary Notice (MSN) 16.10 “Medicare does not pay for this item or service;”*
 - *Claim Adjustment Reason Code (CARC) 50: “These are non-covered services because this is not deemed a “medical necessity” by the payer;” and*
 - *One of the following Remittance Advice Remark Code (RARC) messages, depending on liability:*
 - ◆ *M27 Alert: “The patient has been relieved of liability of payment of these items and services under the limitation of liability provision of the law. You, the*

Cont. on next page

Política Médica

provisión de responsabilidad de la ley. Usted, el proveedor, es finalmente responsable por los cargos del paciente que han sido dispensados, incluyendo cualquier cargo por coaseguro, ya que los artículos o servicios no se consideraron **razonables y necesarios** o constituyeron cuidado de custodia, y usted sabía o se esperaba razonablemente que usted supiera que no estaban cubiertos. Usted puede apelar esta determinación. Usted puede solicitar una apelación ya sea sobre la determinación de cubierta o sobre lo que concierne a que usted ejerció el debido cuidado. La requisición de apelación debe someterse dentro de los 120 días a partir de la fecha en que usted recibió la notificación. Usted debe hacer la solicitud a través de esta oficina;"

- ♦ M38 "El paciente es responsable por los cargos de este servicio ya que usted le informó al paciente por escrito, antes de prestar el servicio, que nosotros no pagaríamos por los cargos, y el paciente accedió a pagarlos."

- Los Contratistas de Medicare, Fls, y A/B MACs también incluirán el código de grupo CO (Obligación Contractual) o PR (Responsabilidad del Paciente), dependiendo de dónde recaiga la responsabilidad.
- Los Contratistas, Fls, y A/B MACs no buscarán en sus archivos para retractarse de pagos hechos de reclamaciones ya pagadas, pero ajustarán aquellas reclamaciones que se lleven a su atención.

Finalmente, usted debe recordar que esta adición/revisión de la sección 160.18 del Medicare National Coverage Determination Manual constituye una determinación de cubierta

Medical Policy

*provider, are ultimately liable for the patient's waived charges, including any charges for coinsurance, since the items or services were not **reasonable and necessary** or constituted custodial care, and you knew or could reasonably have been expected to know, that they were not covered. You may appeal this determination. You may ask for an appeal regarding both the coverage determination and the issue of whether you exercised due care. The appeal request must be filed within 120 days of the date you receive this notice. You must make the request through this office;"* or

- ♦ M38 "The patient is liable for the charges for this service as you informed the patient in writing before the service was furnished that we would not pay for it, and the patient agreed to pay."
- Medicare carriers, Fls, and A/B MACs will also include group code CO (contractual obligation) or PR (patient responsibility) depending on liability.
- Carrier, Fls, and A/B MACs will not search their files to retract payment for claims already paid, but will adjust claims brought to their attention.

Finally, you should remember that this addition/revision of section 160.18 of the Medicare National Coverage Determination Manual is a national coverage determination

Cont. on next page

Política Médica

nacional (NCD). Los NCDs le aplican a todos los Contratistas, Intermediarios Fiscales, Organizaciones de Mejoramiento de Calidad, Contratistas Independientes Cualificados, el Consejo de Apelaciones de Medicare, y los Jueces de Ley Administrativa (ALJs por sus siglas en inglés) (vea la sección 405.1060(a)(4) (2005) del CFR 42). Un NCD que expande su cubierta también le aplica a una organización Medicare Advantage. Además, un ALJ no puede revisar un NCD. (Vea la sección 1869(f)(1)(A)(i) del Acta de Seguro Social.)

Información Adicional

Usted encontrará la instrucción oficial enviada a su Contratista, FI o A/B MAC sobre el NCD relacionado al VNS en las dos transmisiones del CR512. El primer "transmittal" se encuentra en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R70NCD.pdf>. Ese "transmittal" contiene las enmiendas al Medicare National Coverage Determinations Manual, Capítulo 1, Parte 2 (Secciones 90 - 160.25 - Coverage Determination), Sección 160.18 (Vagus Nerve Stimulation [VNS]), Subsección C (Nationally Non-Covered Indications). El segundo "transmittal" se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1271CP.pdf> y contiene las enmiendas hechas al Medicare Claims Processing Manual, Capítulo 32 (Billing Requirements for Special Services), Sección 200 (Billing Requirements for Vagus Nerve Stimulation (VNS)).

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Medical Policy

(NCD). NCDs are binding on all carriers, fiscal intermediaries, quality improvement organizations, qualified independent contractors, the Medicare Appeals Council, and administrative law judges (ALJs) (see 42 CFR section 405.1060(a)(4) (2005)). An NCD that expands coverage is also binding on a Medicare advantage organization. In addition, an ALJ may not review an NCD. (See section 1869(f)(1)(A)(i) of the Social Security Act.)

Additional Information

You can find the official instruction issued to your carrier, FI, or A/B MAC about the VNS NCD by looking at the two transmittals for CR5612. The first transmittal is at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R70NCD.pdf> on the CMS website. That transmittal contains the amended Medicare National Coverage Determinations Manual, Chapter 1, Part 2 (Sections 90 – 160.25-Coverage Determinations), Section 160.18 (Vagus Nerve Stimulation (VNS), Subsection C (Nationally Non-Covered Indications). The second transmittal is at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1271CP.pdf> and it contains the amended Medicare Claims Processing Manual, Chapter 32 (Billing Requirements for Special Services), Section 200 (Billing Requirements for Vagus Nerve Stimulation (VNS)).

If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

MM5612 /Trans. R1271CP&R70NCD/CR5612/06-22-07/mlv rrc

Política Médica

INFORMACIÓN REVISADA SOBRE CODIFICACIÓN DEL PET SCAN

Tipos de Proveedores Afectados

Médicos y proveedores que facturan a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), y a los Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MAC por sus siglas en inglés) por concepto de servicios PET Scan suministrados a beneficiarios de Medicare.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Vigente para servicios prestados a partir del 28 de enero de 2005, su contratista, FI, o A/B MAC denegará reclamaciones de servicios PET Scan que contienen el código CPT 78609, y denegarán reclamaciones de servicios PET Scan prestados a partir del 1 de enero de 2008 que contengan el código HCPCS A4641.

El CR 5665, del cual se extrae este artículo, corrige información errónea que fue originalmente publicada en el CR 3741, "transmittal" 527 (*New Coding for FDG PET Scans and Billing Requirements for Specific Indications of Cervical Cancer*), con fecha del 15 de abril de 2005. El CR 5665 actualiza el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 13, Secciones 60.30.1 y 60.30.2 al remover el código HCPCS 78609 de la lista de códigos cubiertos y el código HCPCS A4641 de la lista de códigos "tracer" aplicables para el servicio de PET Scan.

Asegúrese que el personal de facturación de su oficina se encuentra informado con respecto a estos cambios de codificación y que someten solamente códigos cubiertos en sus reclamaciones por servicios PET Scan.

Trasfondo

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) recientemente tuvieron conocimiento de que el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 13 (Servicios de Radiología), Secciones 60.30.1 (Códigos CPT Apropriados para servicios PET Scan Realizados a partir del 28 de enero de 2005) y 60.30.2

Medical Policy

REVISED INFORMATION ON PET SCAN CODING

Provider Types Affected

Physicians and providers who bill Medicare contractors (carriers, fiscal intermediaries (FI), and Medicare Administrative Contractors (A/B MAC)) for Positron Emission Tomography (PET) Scan services for Medicare beneficiaries.

Provider Action Needed

Effective for services on and after January 28, 2005, your carrier, FI, or A/B MAC will deny claims for PET Scan services that contain CPT code 78609 and they will deny claims for PET Scan services on or after January 1, 2008 that contain HCPCS code A4641.

*CR 5665, from which this article is taken, corrects erroneous information that was originally issued in CR 3741, transmittal 527 (*New Coding for FDG PET Scans and Billing Requirements for Specific Indications of Cervical Cancer*), dated April 15, 2005. CR5665 updates Medicare Claims Processing Manual, Chapter 13, Sections 60.30.1 and 60.30.2 by removing HCPCS code 78609 from the list of covered codes and HCPCS code A4641 from the list of applicable tracer codes for PET scans.*

Make sure that your billing staffs are aware of these code changes and submit only covered codes in your claims for PET Scan services.

Background

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) recently learned that the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 13 (Radiology Services), Sections 60.30.1 (Appropriate CPT Codes Effective for PET Scans for Services Performed on or After January 28, 2005) and 60.30.2 (Tracer Codes

Cont. on next page

Política Médica

(Códigos “Tracer” Requeridos para PET Scan), y el CR 3747 (“Transmittal” 527, del 15 de abril de 2005), contienen información incorrecta con respecto al código CPT 78609 (PET para imágenes de perfusión cerebral), y el código HCPCS A4641.

- En la Sección 60.3.1, el código CPT 78609 está incorrectamente incluido como un servicio cubierto por Medicare, y en la Sección 60.3.2 está incorrectamente incluido en términos de aplicabilidad de ciertos códigos “tracer”. De igual modo, la Sección 60.30.2 incluye incorrectamente el código HCPCS A4641 como un “tracer” aplicable para el servicio PET Scan.

El CR 5665, del cual se extrae este artículo, corrige estos errores. El mismo actualiza el manual removiendo el código HCPCS 78609 de la lista de códigos cubiertos y removiendo el código HCPCS A4641 de la lista de códigos “tracer” aplicables para el servicio PET Scan. Al hacer esto, también corrige la información errónea que fuera originalmente publicada en el CR 3747.

Notas:

1. Todos los servicios de PET Scan (Tomografía de Emisión de Positrones), códigos 78459, 78491, 78492, 78608, y 78811-78816, requieren el uso de un agente radiofármaco de imágenes de diagnóstico (“tracer”). Por lo tanto, el código “tracer” aplicable tendrá que usarse siempre que se facture por servicios PET Scan.
2. Los códigos CPT correctos para servicios PET Scan y los códigos “tracer” HCPCS se incluyen en las Tablas 1 y 2 que siguen.

Puntos Clave en el CR 5665

- Vigente el 28 de enero de 2005, el código CPT 78609 se convirtió en un servicio no cubierto por Medicare;
- Los Contratistas de la Parte B, FIs, y A/B MACs denegarán reclamaciones sometidas con el código CPT 78609 (vigente el 28 de enero de 2005);
- Al denegar estas reclamaciones, éstos usarán:

Medical Policy

Required for PET Scans), and CR 3747 (*transmittal 527, dated April 15, 2005*), contain incorrect information regarding CPT code 78609 (PET for brain perfusion imaging) and HCPCS code A4641.

- *In Section 60.3.1, CPT code 78609 is incorrectly listed as a covered service by Medicare, and in Section 60.3.2 is incorrectly included in terms of the applicability of certain tracer codes. Similarly, Section 60.30.2 incorrectly lists HCPCS code A4641 as an applicable tracer for PET Scans.*

CR 5665, from which this article is taken, corrects these errors. It updates the manual by removing HCPCS code 78609 from the list of covered codes and HCPCS code A4641 from the list of applicable tracer codes for PET scans. In so doing, it also corrects the erroneous information that was originally issued in CR 3747.

Notes:

1. *All Positron Emission Tomography (PET) Scans services (codes 78459, 78491, 78492, 78608, and 78811-78816) require the use of a radiopharmaceutical diagnostic imaging agent (tracer). Therefore, the applicable tracer code should always be used when billing for a PET scan service.*
2. *The correct PET Scan CPT codes and tracer HCPCS codes are listed in Tables 1 and 2, below.*

Key points in CR 5665

- *Effective January 28, 2005, CPT 78609 became a non-covered service for Medicare;*
- *Carriers, FIs, and A/B MACS will deny claims submitted with CPT code 78609 (effective January 28, 2005);*
- *When denying these claims, they will use:*

Cont. on next page

Política Médica

- El Aviso Resumido de Medicare (MSN por sus siglas en inglés) 16.10 “*Medicare no paga por este artículo o servicio.*”
- Código de Razón de Ajuste de Reclamación 96: “*Cargo No-Cubierto.*”
- Códigos de Comentario de Remesa de Pago N386: - “Esta decisión se basó una Determinación de Cubierta Nacional (NCD por sus siglas en inglés). Un NCD provee una determinación de cubierta con respecto a si un artículo o servicio en particular está o no cubierto. Una copia de esta política se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/mcd/search.asp>. Si usted no tiene acceso al Internet, puede comunicarse con su contratista para solicitar una copia del NCD.”

- A partir del 1 de enero de 2008, el Código HCPCS A4641 no es un “tracer” aplicable para el servicio PET Scan;
- Al someter reclamaciones por servicios PET Scan para servicios prestados a partir del 1 de enero de 2008, usted no debe reportar el código HCPCS A4641. En su lugar, a partir de esa fecha, cuando someta reclamaciones de servicios PET Scan que contengan el código CPT 78491 o 78492, usted debe usar solamente el código “tracer” A9555 o A9526; y, al someter reclamaciones por servicios PET Scan que contengan los códigos CPT 78459, 78608, o 78811-78816, usted debe usar solamente el código “tracer” A9552 (vea la Tabla 2, más adelante).
- Los Contratistas de la Parte B, Fls y A/B MACs no buscarán, ni ajustarán reclamaciones pagadas antes de la fecha de implementación, pero ajustarán aquellas reclamaciones que se lleven a su atención.

Las siguientes tablas indican los códigos CPT del servicio PET Scan actualmente cubiertos (a partir del 28 de enero de 2005), y los códigos “tracer” HCPCS, a partir de enero 1, 2008.

Medical Policy

- *Medicare Summary Notice (MSN) 16.10 “Medicare does not pay for this item or service.”*
- *Claim Adjustment Reason Code 96: “Non-covered charge.”*
- *Remittance Advice Remark Codes N386: - “This decision was based on a National Coverage Determination (NCD). An NCD provides a coverage determination as to whether a particular item or service is covered. A copy of this policy is available at <http://www.cms.hhs.gov/mcd/search.asp>. If you do not have web access, you may contact the contractor to request a copy of the NCD.”*
- *Effective January 1, 2008, HCPCS code A4641 is not an applicable tracer for PET Scans;*
- *You should not report HCPCS code A4641 when submitting claims for PET Scans for services on or after January 1, 2008. Instead, as of that time, when submitting claims for PET Scans containing CPT code 78491 or 78492 you should use only tracer code A9555 or A9526; and, when submitting claims for PET Scans containing CPT code 78459, 78608, or 78811-78816, you should use only tracer code A9552 (see table 2, below).*
- *Carriers, Fls, and A/B MACs will not search for, and adjust, claims that have been paid prior to the implementation date, but they will adjust claims brought to their attention.*

The following tables list the currently covered PET Scan CPT codes (on or after January 28, 2005) and tracer HCPCS codes, as of January 1, 2008).

Cont. on next page

Política Médica

Medical Policy

TABLA 1
Códigos CPT del Servicio PET Scan para Servicios en o después del 28 de enero de 2005

TABLE 1
CPT Codes Effective for PET Scans for Services Performed on or After January 28, 2005

Código CPT CPT Code	Descripción / Description
78459	Myocardial imaging, positron emission tomography (PET), metabolic evaluation
78491	Myocardial imaging, positron emission tomography (PET), perfusion, single study at rest or stress
78492	Myocardial imaging, positron emission tomography (PET), perfusion, multiple studies at rest and/or stress
78608	Brain imaging, positron emission tomography (PET); metabolic evaluation
78811	Tumor imaging, positron emission tomography (PET); limited area (e.g., chest, head/neck)
78812	Tumor imaging, positron emission tomography (PET); skull base to mid thigh
78813	Tumor imaging, positron emission tomography (PET); whole body
78814	Tumor imaging, positron emission tomography (PET) with concurrently acquired computed tomography (CT) for attenuation correction and anatomical localization; limited area (e.g., chest, head/neck)
78815	Tumor imaging, positron emission tomography (PET) with concurrently acquired computed tomography (CT) for attenuation correction and anatomical localization; skull base to mid thigh
78816	Tumor imaging, positron emission tomography (PET) with concurrently acquired computed tomography (CT) for attenuation correction and anatomical localization; whole body
NOTE: All PET scan services require the use of a radiopharmaceutical diagnostic imaging agent (tracer). The applicable tracer code should be billed when billing for a PET scan service. See Table 2, below, for applicable tracer codes.	

TABLA 2
Códigos "tracer" requeridos para Servicios PET Scan a partir del 1 de enero de 2008 (El código A4641 está permitido para servicios en o antes del 31 de diciembre de 2007)

TABLE 2
Tracer Codes Required for PET Scans on or after January 1, 2008 (A4641 is allowed for services on or before December 31, 2007)

Institutional providers billing fiscal intermediaries or A/B MACs	
Código HCPCS HCPCS Code	Descripción / Description
*A9555	Supply of Radiopharmaceutical Diagnostic Imaging Agent, Rubidium Rb-82, Diagnostic, Per study dose, Up To 60 Millicuries
* Q3000 (Deleted effective 12/31/05)	Supply of Radiopharmaceutical Diagnostic Imaging Agent, Rubidium Rb-82
A9526	Supply of Radiopharmaceutical Diagnostic Imaging Agent, Ammonia N-13
*NOTE: For claims with dates of service prior to 1/01/06, providers report Q3000 for supply of radiopharmaceutical diagnostic imaging agent, Rubidium Rb-82. For claims with dates of service 1/01/06 and later, providers report A9555 for radiopharmaceutical diagnostic imaging agent, Rubidium Rb-82 in place of Q3000.	

Cont. on next page

Physicians/practitioners billing carriers or A/B MACs	
*A4641	Supply of Radiopharmaceutical Diagnostic Imaging Agent, Not Otherwise Classified
A9526	Supply of Radiopharmaceutical Diagnostic Imaging Agent, Ammonia N-13
A9555	Supply of Radiopharmaceutical Diagnostic Imaging Agent, Rubidium Rb-82, Diagnostic, Per study dose, Up To 60 Millicuries
*NOTE: Effective January 1, 2008, tracer code A4641 is not applicable for PET Scans. <i>The following tracer codes are applicable only to CPT 78459, 78608, 78811-78816. They cannot be reported with any other code:</i>	
Institutional providers billing fiscal intermediaries or A/B MACs	
* A9552	Supply of Radiopharmaceutical Diagnostic Imaging Agent, Fluorodeoxyglucose F18, FDG, Diagnostic, Per study dose, Up to 45 Millicuries
* C1775 (Deleted effective 12/31/05)	Supply of Radiopharmaceutical Diagnostic Imaging Agent, Fluorodeoxyglucose F18
**A4641	Supply of Radiopharmaceutical Diagnostic Imaging Agent, Not Otherwise Classified
*NOTE: For claims with dates of service prior to 1/01/06, OPPS hospitals report C1775 for supply of radiopharmaceutical diagnostic imaging agent, Fluorodeoxyglucose F18. For claims with dates of service 1/01/06 and later, providers report A9552 for radiopharmaceutical diagnostic imaging agent, Fluorodeoxyglucose F18 in place of C1775.	
**NOTE: Effective January 1, 2008, tracer code A4641 is not applicable for PET Scans.	
Physicians/practitioners billing carriers or A/B MACs	
A9552	Supply of Radiopharmaceutical Diagnostic Imaging Agent, Fluorodeoxyglucose F18, FDG, Diagnostic, Per study dose, Up to 45 Millicuries
*A4641	Supply of Radiopharmaceutical Diagnostic Imaging Agent, Not Otherwise Classified
*NOTE: Effective January 1, 2008, tracer code A4641 is not applicable for PET Scans.	

Información Adicional

Usted puede encontrar más información sobre los códigos PET Scan en el CR5665, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1301CP.pdf>. Usted encontrará la actualización al *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 13 (Servicios de Radiología), Secciones 60.30.1 (Códigos CPT Apropiados Vigentes para servicios PET Scan prestados a partir del 28 de enero de 2005), y 60.30.2 (Códigos "Tracer" Requeridos para PET Scan), como un anexo a ese CR.

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Additional Information

You can find more information about PET Scan codes by going to CR 5665, located at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1301CP.pdf> on the CMS website. You will find the updated Medicare Claims Processing Manual, Chapter 13 (Radiology Services), Sections 60.30.1 (Appropriate CPT Codes Effective for PET Scans for Services Performed on or After January 28, 2005) and 60.30.2 (Tracer Codes Required for PET Scans) as an attachment to that CR.

If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

Pub. MLN5665/ Trans R1301CP / CR5665 / 07-20-07 / mlv rrc

Política Médica

ACLARACIÓN DE LOS REQUISITOS DE FACTURACIÓN PARA ANGIOPLASTÍA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA (PTA) PUBLICADOS EN EL CR3811

Proveedores Afectados

Médicos, proveedores, y suplidores que someten reclamaciones a los contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], y/o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare [A/B MACs por sus siglas en inglés]) por concepto de servicios prestados a beneficiarios de Medicare.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR5667, que añade el código de diagnóstico ICD-9-CM 433.11 (**oclusión de la arteria carótida con infarto**) a la lista de reclamaciones pagaderas bajo PTA para asegurar que todos los beneficiarios de Medicare estén cubiertos.

Trasfondo

El 17 de marzo de 2005, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) emitieron una Determinación de Cubierta Nacional (NCD por sus siglas en inglés) para proveer cubierta de Medicare para la Angioplastia Transluminal Percutánea (PTA por sus siglas en inglés) de la arteria carótida concurrente con el implante de un *stent* carótido aprobado por la FDA, cuando los beneficiarios están en alto riesgo de endarterectomía carótida (CEA por sus siglas en inglés). (Esto fue anunciado en el CR3811, vigente el 17 de marzo de 2005; vea los artículos MLN Matters relacionados en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM3811.pdf>). El NCD provee cubierta para pacientes con estenosis sintomática de la arteria carótida que cumplen con los criterios de cubierta especificados en esta política.

Según se establece en el NCD,

- Los pacientes que experimentan ataques de apoplejía no incapacitante (escala Rankin modificada < 3) son considerados como sintomáticos y, por lo tanto, son elegibles para tener cubierta; sin embargo,

Medical Policy

CLARIFICATION OF PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL ANGIOPLASTY (PTA) BILLING REQUIREMENTS ISSUED IN CR 3811

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers submitting claims to Medicare contractors (carriers, Fiscal Intermediaries (FIs), and/or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs)) for services provided to Medicare beneficiaries

Provider Action Needed

*This article is based on Change Request (CR) 5667, which adds ICD-9-CM diagnosis code 433.11, **occlusion of the carotid artery with infarct**, to the list of payable claims for PTA to ensure all eligible Medicare beneficiaries are covered.*

Background

On March 17, 2005, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) issued a National Coverage Determination (NCD) providing Medicare coverage for Percutaneous Transluminal Angioplasty (PTA) of the carotid artery concurrent with placement of an FDA-approved carotid stent when beneficiaries are at high risk for carotid endarterectomy (CEA). (This was announced in CR 3811, effective March 17, 2005; see related MLN Matters article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM3811.pdf>.) The NCD provides coverage for patients with symptomatic carotid artery stenosis who meet the coverage criteria specified in the policy.

As stated in the NCD,

- *Patients who experience non-disabling strokes (modified Rankin scale < 3) are considered to be symptomatic and therefore are eligible for coverage; however,*

Cont. on next page

Política Médica

- Los pacientes que experimentan ataques de apoplejía incapacitante (escala Rankin modificada ≥ 3) no son elegibles para cobertura.

Actualmente, no existen códigos que distinguen entre ataques de apoplejía no-incapacitante o incapacitante. A fin de asegurar que las reclamaciones para pacientes elegibles se puedan pagar, el CR5667 añade el Código ICD-9-CM **433.11** (Oclusión y estenosis de la arteria carótida, con infarto cerebral) a la lista de reclamaciones pagaderas por el *stenting* de arteria carótida (CAS por sus siglas en inglés).

Los pacientes que experimentan ataques de apoplejía incapacitante continúan siendo no-elegibles para cubierta.

Observe que los Contratistas de Medicare no buscarán en sus archivos para reprocesar reclamaciones ya procesadas. Sin embargo, ellos ajustarán aquellas reclamaciones que usted lleve a su atención. Además, debido a que CMS considera esto como un error administrativo, su Contratista de Medicare seguirá las guías establecidas en el *Medicare Claims Processing Manual* (Capítulo 1, Sección 70.7.1) para permitir una extensión a la fecha límite para someter reclamaciones. Esencialmente, esto le permite a su Contratista aceptar reclamaciones con el código 433.11 fuera de los límites de fecha para radicación de reclamaciones, ya que dichas reclamaciones no eran pagaderas anteriormente debido al error administrativo. Los manuales de Medicare se encuentran disponibles en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/list.asp#TopOfPage>.

El CR5667 también orienta a los proveedores que ellos pueden facturar correctamente por servicios de carótida bilateral cubiertos codificando tanto mediante el código 433.30 (Oclusión y estenosis de arterias múltiples y bilaterales, sin mención de infarto cerebral) o el código 433.31 (Oclusión y estenosis de arterias múltiples y bilaterales, con infarto cerebral), y el código 433.10 (Oclusión y estenosis de arteria carótida, sin mención de infarto cerebral), o el código 433.11, en cualquier orden, en la misma reclamación. Los proveedores codificaban el código 433.30 con el

Medical Policy

- *Patients who experience disabling strokes (modified Rankin scale ≥ 3) are not eligible for coverage.*

*Currently, there are no codes that distinguish between non-disabling and disabling strokes. In order to ensure that claims for all eligible patients can be paid, CR5667 adds the following International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM) diagnosis code of **433.11** (Occlusion and stenosis of carotid artery, with cerebral infarction) to the list of payable claims for carotid artery stenting (CAS).*

Patients who experience disabling strokes remain ineligible for coverage.

Note that Medicare contractors will not search their files to reprocess claims already processed. However, they will adjust such claims if you bring the claims to their attention. Also, since the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) considers this an administrative error, your Medicare contractor will follow the guidelines in the Medicare Claims Processing Manual (Chapter 1, Section 70.7.1) for allowing an extension to the timely filing limits. In essence, this allows your contractor to accept claims with 433.11 outside the timely filing limitations, since such claims were not previously payable due to the administrative error. Medicare manuals are available at <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/list.asp#TopOfPage> on the CMS website.

CR5667 also advises providers that they can correctly bill covered bilateral carotid services by coding both 433.30 (Occlusion and stenosis of multiple and bilateral arteries, without mention of cerebral infarction) or 433.31 (Occlusion and stenosis of multiple and bilateral arteries, with cerebral infarction) and 433.10 (Occlusion and stenosis of carotid artery, without mention of cerebral infarction) or 433.11 in any order on the same claim.

Cont. on next page

Política Médica

433.10 o el 433.31 con el 433.11 para identificar la condición múltiple y bilateral y el 433.10 o el 433.11 para identificar específicamente la arteria carótida.

Las reclamaciones sometidas por médicos a los Contratistas de la Parte B o MACs también pueden contener un código **CPT 37215** (Colocación Transcatéter de Stent Intravascular, arteria carótida cervical, Percutánea; con protección embólica distal), **Código 0075T** (Colocación Transcatéter de vértebra extracranial o stent(s) de arteria carótida intratorácica, incluyendo supervisión radiológica e interpretación, percutánea; vaso inicial), o **Código 0076T** (Cada vaso adicional). Las reclamaciones sometidas por proveedores institucionales a los FIs o MACs deben contener los códigos de procedimiento apropiados, **00.61** (angioplastia percutánea o arterioectomía de vasos precerebrales (extracranial), y **00.63** (Inserción percutánea de stent(s) de arteria carótida).

Información Adicional

El MM3489, Angioplastia Transluminal Percutánea (PTA), se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM3489.pdf>.

El MM3811, Expansión de Cubierta de Angioplastia Transluminal Percutánea (PTA), se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM3811.pdf>.

El MM5022, Clarificación a los Requisitos de Facturación de Angioplastia Transluminal Percutánea (PTA) Concurrente con la Colocación de Stent Carótido aprobado por la FDA, está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5022.pdf>.

El CR5667 es la instrucción oficial enviada a su Contratista, FI y A/B MAC referente a este cambio. La misma se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1315CP.pdf>.

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Medical Policy

Providers would code 433.30 with 433.10 or 433.31 with 433.11 to identify the multiple and bilateral condition and 433.10 or 433.11 to specifically identify the carotid artery.

*Claims submitted by physicians to carriers or MACs may also contain a **CPT code of 37215** (Transcatheter placement of intravascular stent(s), cervical carotid artery, Percutaneous; with distal embolic protection), **0075T** (Transcatheter placement of extracranial vertebral or intrathoracic carotid artery stent(s), including radiologic supervision and interpretation, percutaneous; initial vessel), or **0076T** (Each additional vessel). Claims submitted by institutional providers to FIs or MACs should contain the appropriate procedure codes of 00.61 (Percutaneous angioplasty or atherectomy of precerebral (extracranial) vessels) and 00.63 (Percutaneous insertion of carotid artery stent(s)).*

Additional Information

MM3489, Percutaneous Transluminal Angioplasty (PTA), can be found at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM3489.pdf> on the CMS website.

MM3811, Expansion of Coverage for Percutaneous Transluminal Angioplasty (PTA), is located at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM3811.pdf> on the CMS website.

MM5022, Clarification on Billing Requirements for Percutaneous Transluminal Angioplasty (PTA) Concurrent with the Placement of an FDA-approved Carotid Stent, is located at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5022.pdf> on the CMS website.

The official instruction, CR5667, issued to your carrier, FI, and A/B MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1315CP.pdf> on the CMS website.

If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

Pub. MLN5667 / Trans R1315CP / CR5667 / 08-10-07 / mlv rrc

Políticas de Pago

ELIMINACIÓN DEL PAGO DE BONIFICACIÓN EN ÁREAS DE ESCASEZ DE MÉDICOS (PSA)

Proveedores Afectados

Proveedores que facturan a los Contratistas de la Parte B de Medicare, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), o los Contratistas Administrativos de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por concepto de servicios prestados a beneficiarios de Medicare en áreas de escasez de médicos.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR5711, el cual le recuerda a los médicos que el pago de bonificación para Áreas de Escasez de Médicos (PSA por sus siglas en inglés), bajo la Sección 413(a) del *Medicare Modernization Act* (MMA) concluirá a partir del 31 de diciembre de 2007.

La bonificación PSA es pagadera para fechas de servicio entre el 1 de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2007. La bonificación PSA no se pagará a partir del 31 de diciembre de 2007.

Asegúrese que el personal de facturación de su oficina tenga conocimiento sobre estos cambios, según se enumeran en la sección **Trasfondo** más adelante, y en las revisiones al Capítulo 4 del *Medicare Claims Processing Manual*, Secciones 250.2.1, 250.2.2 y 250.3.2. Las secciones revisadas del manual se encuentran como anejo a la instrucción oficial en el CR5711. El enlace que da acceso al CR5711 se encuentra en la sección **Información Adicional** de este artículo.

Trasfondo

La sección 413(a) del *Medicare Modernization Act* (MMA) requiere que Medicare pague una bonificación adicional de un 5% a médicos que prestan servicios en áreas designadas PSA. La designación de áreas de escasez de médicos se basa en la proporción más baja de cuidados primarios y cuidados especializados a beneficiarios de Medicare entre médicos activos en cada condado, o en la proporción más baja de cuidados primarios y cuidados especializados a beneficiarios

Billing Policies

SUNSET OF THE PHYSICIAN SCARCITY AREA (PSA) BONUS PAYMENT

Provider Types Affected

Providers billing a Medicare carrier, fiscal intermediary (FI), or Medicare Administrative Contractor (A/B MAC) for services provided to Medicare beneficiaries in physician scarcity areas.

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 5711 that reminds physicians that the PSA bonus under Section 413(a) of the Medicare Modernization Act (MMA) will sunset after December 31, 2007.

The PSA bonus is payable for dates of service January 1, 2005 through December 31, 2007. The PSA bonus is not payable for dates of service after December 31, 2007.

Make certain that your billing staffs are aware of these changes as listed in the Background section below and in the revisions to the Medicare Claims Processing Manual chapter 4, sections 250.2.1, 250.2.2 and 250.3.2. The revised manual sections are attached to the official instruction in CR5711. The Web address for accessing CR5711 is in the Additional Information section of this article.

Background

Section 413(a) of the Medicare Modernization Act (MMA) requires Medicare to pay an additional 5 percent bonus to physicians rendering service in a designated PSA. Physician scarcity designations are based on the lowest primary care and specialty care ratios of Medicare beneficiaries to active physicians in every county or the lowest primary care and specialty care ratios of Medicare beneficiaries to active physicians in

Cont. on next page

Políticas de Pago

de Medicare entre médicos activos en cada tracto del censo rural identificado. El pago de bonificación se basa en la cantidad pagada realmente, no en la cantidad aprobada por Medicare para cada servicio. El Punto Clave del CR5711 es que la fecha de eliminación del pago de bonificación PSA es el 31 de diciembre de 2007 y que el mismo no se pagará para servicios prestados a partir de esa fecha.

Información Adicional

Para detalles completos sobre este artículo, refiérase a la instrucción oficial (CR5711) enviada a su Contratista de Medicare, FI o A/B MAC. Dicha instrucción se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1321CP.pdf>.

Si desea obtener información acerca de la bonificación HPSA/PSA (Bonificaciones a Médicos) y los archivos descargables por códigos postales, puede acceder el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/HPSAPSAPhysicianBonuses/>.

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Billing Policies

each identified rural census tract. The bonus payment is based on the amount actually paid, not the amount Medicare approved for each service. The Key Point of CR5711 is that the PSA termination date is December 31, 2007 and is not payable for dates of service after that date.

Additional Information

For complete details regarding this issue, see the official instruction (CR5711) issued to your Medicare carrier, FI, or A/B MAC. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1321CP.pdf> on the CMS website.

For the CMS website with information about HPSA/PSA (Physician Bonuses) and zip code downloadable files you may visit <http://www.cms.hhs.gov/HPSAPSAPhysicianBonuses/> on the CMS website.

If you have questions, please contact us at 1-877-715-1921.

Pub. MLN5711/ Trans R1321CP / CR5711 / 08-24-07 / mlv rrc

REVISIÓN DEL *INTERNET ONLY* MANUAL (IOM) PUB 100-4, CAPÍTULO 12, SECCIÓN 90.4 SOBRE FACTURACIÓN Y PAGO EN ÁREAS HPSA

Proveedores Afectados

Médicos que facturan a los Contratistas de Medicare y a los Contratistas Administrativos de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés), por servicios prestados en Áreas de Escasez de Profesionales de la Salud (HPSA por sus siglas en inglés).

Lo que los Médicos Necesitan Saber

El CR 5625, del cual se extrae este artículo, informa a los Contratistas y a los A/B MACs que ya no tienen que mantener un sitio Web separado de áreas designadas HPSA para su

REVISION TO *INTERNET ONLY* MANUAL (IOM) PUB 100-04, CHAPTER 12, SECTION 90.4 BILLING AND PAYMENT IN A HEALTH PROFESSIONAL SHORTAGE AREA (HPSA)

Provider Types Affected

Physicians who bill Medicare carriers and Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for services rendered in HPSAs.

What Physicians Need to Know

CR 5625, from which this article is taken, informs carriers and A/B MACs that they no longer have to maintain a separate Web site of HPSA designated areas for you to use concerning claims for the HPSA bonus

Cont. on next page

Políticas de Pago

uso respecto a reclamaciones para el pago de la bonificación HPSA. Más bien, el sitio Web de su Contratista tendrá enlaces al sitio Web de CMS (<http://www.cms.hhs.gov/hpsapsaphysicianbonuses/>) y un sitio Web HRSA (<http://www.bhpr.hrsa.gov/shortage/>).

Usted debe asegurarse que el personal de facturación de su oficina esté informado sobre estos cambios.

Trasfondo

CMS está simplificando el proceso para determinar designaciones que son elegibles para recibir el pago de bonificación HPSA; con el fin de asegurar un método más preciso para (1) pagar reclamaciones en áreas designadas para el pago de bonificación HPSA, y (2) reducir el riesgo de sobrepago en áreas no designadas para el pago de bonificación HPSA.

Para reflejar estos cambios, se está actualizando el *Medicare Claims Processing Manual* (100-04), Capítulo 12 (Physician/Practitioner Billing), Sección 90.4 (Billing and Payment in Health Professional Shortage Area (HPSA)); y el CR 5625, del cual se obtiene este artículo, revisa la manera en que los contratistas Medicare diseminarán la información acerca del pago de bonificación HPSA a la comunidad de proveedores.

De acuerdo a estas revisiones, los contratistas ya no mantendrán un sitio Web actualizado de designaciones HPSA para que los médicos usen al llenar las reclamaciones para el pago de bonificación HPSA. En cambio, se requerirá de los contratistas que provean dos enlaces directos para que usted los utilice al momento de llenar las reclamaciones para el pago de bonificación HPSA. Estos dos enlaces le dirigen:

- Al sitio Web de CMS, para verificar el estatus de designación de bonificación HPSA, el cual se encuentra disponible en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/hpsapsaphysicianbonuses/>; y
- Al sitio Web HRSA, para verificar el estatus de designación de bonificación HPSA, el cual se encuentra disponible en el siguiente enlace: <http://www.bhpr.hrsa.gov/shortage/>.

Billing Policies

payment. Rather, your contractor's website will have links to a Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) website (<http://www.cms.hhs.gov/hpsapsaphysicianbonuses/>) and a Health Resources and Services Administration (HRSA) website (<http://www.bhpr.hrsa.gov/shortage/>). These sites will be available to help you when filing HPSA bonus payment claims.

You should make sure that your billing staffs are aware of these changes.

Background

CMS is simplifying the process of determining designations that are eligible to receive the Health Professional Shortage Area (HPSA) bonus payment; in order to ensure a more accurate method of 1) paying claims in areas that are designated for the HPSA bonus payment, and 2) reducing the risk of overpayments in areas that are not designated as HPSA bonus payment areas.

To reflect these changes, Medicare Claims Processing manual (100-04) Chapter 12 (Physician/Practitioner Billing), Section 90.4 (Billing and Payment in a Health Professional Shortage Area (HPSA)) is being updated; and CR 5625, from which this article is taken, revises how Medicare contractors will disseminate information about HPSA bonus payment to the provider community.

Per these revisions, carriers will no longer maintain an updated website of HPSA designations for physicians to use when filing HPSA bonus payment claims. The carriers, instead, will be required to provide two direct links for you to use when filing HPSA bonus payment claims. Those links are:

- *To the CMS site, to verify automated HPSA bonus designation status, which you can access at <http://www.cms.hhs.gov/hpsapsaphysicianbonuses/>; and*
- *To the HRSA site, to verify HPSA bonus designation status, which you can access at <http://www.bhpr.hrsa.gov/shortage/>,*

Cont. on next page

Políticas de Pago

Usted debe saber que CMS continuará pagando una bonificación automáticamente para aquellos códigos postales que se considera caen totalmente en la localidad, a base de una determinación de dominación hecha por el Servicio Postal de los Estados Unidos (USPS por sus siglas en inglés), y para aquellos códigos postales que caen totalmente dentro de una localidad parcial HPSA (vigente para servicios prestados a partir de la fecha de designación del HRSA).

Sin embargo, para aquellos códigos postales que no caen totalmente dentro de una localidad HPSA completa, o que caen totalmente dentro de una localidad que no es completamente HPSA, usted debe continuar sometiendo el modificador AQ en la reclamación a fin de recibir esta bonificación.

Información Adicional

El CR5625 es la instrucción oficial enviada a su Contratista o A/B MAC, y se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1273CP.pdf>.

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Billing Policies

You should be aware that CMS will continue to automatically pay a bonus for those ZIP codes that are considered to fully fall in the county based on a determination of dominance made by the United States Postal Service (USPS) and for those ZIP codes that fully fall within a do counts (effective for services rendered on or after the date of designation by HRSA)

However, for those ZIP codes that do not fully fall within a full county HPSA or fully within a non full county HPSA, you must continue to enter the AQ modifier on the claim in order to receive the bonus.

Additional Information

You can find the official instruction, CR5625, issued to your carrier or A/B MAC by visiting <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1273CP.pdf> on the CMS website.

If you need more information, please call 1-877-715-1921.

Pub. MM5625 / Trans R1273CP / CR5625 / 06-29-07 / mlv rrc

CAMBIO EN EL PROCESAMIENTO DE RECLAMACIONES PARA SERVICIOS SOMETIDOS CON LOS MODIFICADORES “QB” O “QU” EN AREAS DE ESCASEZ DE PROFESIONALES DE LA SALUD (HPSA) CON FECHA DE SERVICIO A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2006

Proveedores Afectados

Médicos que someten reclamaciones a los Contratistas Administrativos de la parte A/B de Medicare (A/B MACs, por sus siglas en inglés), o a Contratistas de la Parte B, por concepto de servicios prestados a beneficiarios de Medicare en áreas de escasez de profesionales de la salud (HPSA por sus siglas en inglés).

CLAIMS PROCESSING CHANGE FOR SERVICES SUBMITTED WITH THE HEALTH PROFESSIONAL SHORTAGE AREA (HPSA) MODIFIERS QB OR QU FOR CLAIMS WITH DATES OF SERVICE ON OR AFTER JANUARY 1, 2006

Provider Types Affected

Physicians submitting claims to Medicare Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), or carriers for services rendered to Medicare beneficiaries in health professional shortage areas.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

En reclamaciones con fecha de servicio a partir del 1 de enero de 2006 que requieran un modificador para facturar por una bonificación HPSA, use el modificador **AQ** para servicios médicos suministrados en HPSAs. Aquellas reclamaciones con fecha de servicio a partir del 1 de enero de 2006 que se sometan con el modificador **QB** o **QU**, serán devueltas como “no procesables”.

Lo Que Usted Necesita Saber

Asegúrese que los servicios elegibles para recibir una bonificación HPSA para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2006, se facturan haciendo uso del modificador **AQ**, cuando se requiera un modificador.

Lo Que Usted Necesita Hacer

Asegúrese que el personal de facturación de su oficina está informado sobre estos cambios.

Trasfondo

Bajo ciertas circunstancias, es necesario incluir un modificador en una reclamación a fin de recibir un pago de bonificación HPSA. Los modificadores QB y QU son los modificadores apropiados para someter reclamaciones con fechas de servicio antes del 1 de enero de 2006. El modificador AQ es el modificador que debe utilizarse para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2006. Según instrucciones recibidas de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), algunos contratistas de Medicare aceptarán reclamaciones sometidas con los modificadores QB y QU con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2006 que se sometan y se procesen, aunque no se efectúe pago de bonificación porque el modificador correcto no haya sido sometido. De acuerdo a las regulaciones establecidas por la Ley HIPAA para transacciones y grupos de códigos, tal como se encuentra en el 45 CFR 160, los proveedores deben incluir códigos y modificadores válidos en las reclamaciones

Billing Policies

Provider Action Needed

For dates of service on or after January 1, 2006, when a modifier is required to bill for the HPSA bonus, use the AQ modifier for physician services provided in HPSAs. Claims will be returned as unprocessable if submitted with the QB or QU modifiers, when submitted for dates of service on or after January 1, 2006.

What You Need to Know

Make certain that services eligible to receive a HPSA bonus for dates of service on or after January 1, 2006, are billed with the AQ modifier, when a modifier is required.

What You Need to Do

Make certain that your billing staffs are aware of these changes.

Background

Under certain circumstances, it is necessary to include a modifier on a claim in order to receive a HPSA bonus payment. The QB and QU modifiers are the appropriate modifiers to be submitted for claims with dates of service prior to January 1, 2006. The AQ modifier is the appropriate modifier to be used for dates of service on or after January 1, 2006. Per direction from the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), some Medicare contractors allow claims submitted with the QB and QU modifiers with dates of service on or after January 1, 2006 to be submitted and processed, though no bonus payment is made as the correct modifier has not been submitted. According to Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) regulations for transactions and code sets, as found in 45 Code of Federal Regulations (CFR) 160, providers must include valid codes and modifiers, as derived from the standard transaction code sets, on their incoming claims

Cont. on next page

Políticas de Pago

que le someten a Medicare, según se derivan de los grupos de códigos de las transacciones estándar. Por lo tanto, permitir que se acepten reclamaciones con modificadores incorrectos en el sistema de procesamiento de reclamaciones de Medicare constituye una violación a los grupos de códigos de las transacciones estándar de la Ley HIPAA.

A fin de cumplir con las regulaciones de la Ley HIPAA y permitir que las reclamaciones se refieran exitosamente a los pagadores complementarios, a partir del 1 de octubre de 2007, Medicare ya no aceptará reclamaciones sometidas con los modificadores QB y QU para fechas de servicio inválidas. Las reclamaciones deben someterse con los modificadores correctos para las fechas de servicio correctas a fin de que se puedan procesar.

Información Adicional

Si desea detalles completos sobre este CR, refiérase a la instrucción oficial (CR5629) enviada a su Contratista de Medicare o A/B MAC. Dicha instrucción está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1275CP.pdf>.

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Puede encontrar información adicional sobre la bonificación HPSA y las bonificaciones en áreas de escasez de médicos en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/HPSAPSAPhysicianBonuses/01_overview.asp.

La Guía para el Uso del Sitio Web HPSA/PSA se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/HPSAPSAPhysicianBonuses/Downloads/instructions.pdf>.

Billing Policies

submitted to Medicare. Therefore, allowing claims with inappropriate modifiers to be accepted into the Medicare claims processing system constitutes a violation of the HIPAA standard transaction code sets.

In order to comply with HIPAA regulations and allow claims to be forwarded successfully to supplemental payers, as of October 1, 2007, Medicare will no longer accept claims submitted with the QB or QU modifiers for invalid dates of service. Claims must be submitted with the correct modifiers for the correct dates of service in order to be processed.

Additional Information

For complete details regarding this Change Request (CR) please see the official instruction (CR5629) issued to your Medicare carrier, or A/B MAC. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1275CP.pdf> on the CMS website.

If you have questions, please contact us at 1-877-715-1921.

Additional information on the HPSA bonus and the physician scarcity area bonus can be found at http://www.cms.hhs.gov/HPSAPSAPhysicianBonuses/01_overview.asp on the CMS website.

The Guide for Using the HPSA/PSA Web Page can be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/HPSAPSAPhysicianBonuses/Downloads/instructions.pdf> on the CMS website.

Pub. MM5629 / Trans R1275CP / CR5629 / 06-29-07 / mlv rrc

Políticas de Pago

ACTUALIZACIÓN AL MEDICARE CLAIMS PROCESSING MANUAL (PUB. 100-04) CAPÍTULO 18, SECCIÓN 10, FACTURACIÓN DE INFLUENZA BAJO LA PARTE B

Proveedores Afectados

Médicos, profesionales de la salud, y proveedores que facturan a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Contratistas Administrativos de la Parte A/B (A/B MAC por sus siglas en inglés), y que utilizan el Formulario CMS-1500 (08-05) para someter reclamaciones de vacunas y vacunación en masa, especialmente aquellos que desean participar en el programa de facturación centralizada que ofrece CMS.

Puntos Clave del CR5511

Es importante que los proveedores que deseen participar en los programas de facturación centralizada entiendan y sigan las reglas que regulan el programa. Específicamente, que la aprobación para poder participar en el programa de facturación centralizada de CMS es un proceso que consta de dos partes. Aquellos individuos y corporaciones que desean registrarse como facturadores centralizados (*CMS Mass Immunizer Centralized Biller*) deben enviar la solicitud de participación, por escrito, no más tarde del 1 de junio del año en el cual desean comenzar su participación. Dicha solicitud escrita debe enviarse a la siguiente dirección:

Center for Medicare & Medicaid Services
Division of Practitioner Claims Processing
Provider Billing and Education Group
7500 Security Boulevard
Mail Stop C4-10-07
Baltimore, Maryland 21244

La Oficina Central (CO por sus siglas en inglés) debe completar la Parte 1 del proceso de aprobación, revisando la información demográfica preliminar incluida en la carta de solicitud de

Billing Policies

UPDATE TO MEDICARE CLAIMS PROCESSING MANUAL (PUBLICATION 100-04), CHAPTER 18, SECTION 10 FOR PART B INFLUENZA BILLING

Provider Types Affected

Physicians, non-physician practitioners, and providers who bill Medicare contractors (carriers, Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MAC)), and use CMS-Form 1500 (08-05) for submitting vaccine and roster claims, especially those who wish to participate in the centralized billing program offered by the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

Key Points of CR5511

It is important that providers who want to participate in centralized billing programs understand and follow the rules governing the program. Specifically, approval to participate in the CMS centralized billing program is a two part approval process. Individuals and corporations who wish to enroll as a CMS Mass Immunizer Centralized Biller must send their request to participate as a centralized biller in writing by June 1 of the year they wish to begin centralized billing. These written requests should be sent to the following address:

CO will complete Part 1 of the approval process by reviewing preliminary demographic information included in the request for

Cont. on next page

Políticas de Pago

participación. El haber completado la Parte 1 no significa que tiene aprobación para establecer clínicas de vacunación contra la influenza, para vacunar a los beneficiarios o para facturar a Medicare para solicitar reembolso.

Todos los nuevos participantes deben completar la Parte 2 del proceso de aprobación (Formulario de Solicitud CMS-855) antes de poder establecer clínicas de influenza, vacunar a los beneficiarios de Medicare y que puedan facturar a Medicare para su reembolso. Si la solicitud de un individuo o entidad para facturación centralizada se aprueba, la misma está limitada a 12 meses, comenzando en septiembre del año corriente hasta el 31 de agosto del año próximo. Es responsabilidad del facturador centralizado solicitar nuevamente a la Oficina Central de CMS la correspondiente aprobación para el siguiente año. El contratista designado de Medicare para facturación centralizada proveerá por escrito a la Oficina Central de CMS y a los facturadores centralizados aprobados, la notificación de haber completado y haber recibido aprobación de la Parte 2 del proceso de aprobación. El contratista designado no puede procesar reclamaciones de cualquier facturador centralizado que no haya completado las Partes 1 y 2 del proceso de aprobación. Si las reclamaciones las somete un proveedor que no ha recibido aprobación de las Partes 1 y 2 del proceso, el contratista debe devolver las reclamaciones al proveedor para que las someta al contratista local para el pago correspondiente.

Antes del 1 de septiembre de cada año, la Oficina Central de CMS le provee al contratista designado los nombres de las entidades que tienen autorización para participar en la facturación centralizada durante el período de 12 meses, comenzando el 1 de septiembre del año corriente y terminando el 31 de agosto del siguiente año.

Aunque los facturadores centralizados puede que ya tengan un número de proveedor de Medicare, para propósitos de facturación centralizada, ellos también tienen que obtener un número de proveedor del contratista de procesamiento para facturación centralizada completando el Formulario CMS-855 (*Provider Enrollment Application*). Se exhorta a los

Billing Policies

participation letter. Completion of Part 1 is not approval to set up flu clinics, vaccinate beneficiaries, and bill Medicare for reimbursement.

All new participants must complete Part 2 of the approval process (Form CMS-855 Application) before they may set up flu clinics, vaccinate Medicare beneficiaries, and bill Medicare for reimbursement. If an individual or entity's request is approved for centralized billing, the approval is limited to 12 months from September to August 31 of the next year. It is the responsibility of the centralized biller to reapply to CMS CO for approval each year. The designated Medicare carrier for centralized billing will provide in writing to CMS CO and to approved centralized billers notification of completion and approval of Part 2 of the approval process. The designated carrier may not process claims for any centralized biller who has not completed Parts 1 and 2 of the approval process. If claims are submitted by a provider who has not received approval of Parts 1 and 2 of the approval process to participate as a centralized biller, the carrier must return the claims to the provider to submit to the local carrier for payment.

Before September 1 of every year, CMS CO provides the designated carrier with the names of the entities that are authorized to participate in centralized billing for the 12 month period beginning September 1 and ending August 31 of the next year.

Though centralized billers may already have a Medicare provider number, for purposes of centralized billing, they must also obtain a provider number from the processing carrier for centralized billing through completion of the Form CMS-855 (Provider Enrollment Application). Providers/suppliers are encouraged to apply to enroll as a centralized biller early as the enrollment process takes 8-12 weeks to complete. Applicants who have not completed the entire enrollment process and received approval from CMS CO and the

Cont. on next page

Políticas de Pago

proveedores/suplidores que soliciten con tiempo suficiente para registrarse como un facturador centralizado, ya que el proceso de registro toma de 8 a 12 semanas para completarse. Aquellos solicitantes que no hayan completado todo el proceso de registro, y que no hayan recibido la aprobación de la Oficina Central de CMS y del contratista designado para participar como facturador-inmunizador en masa centralizado, no podrán someter reclamaciones a Medicare para reembolso.

Además de los procesos de facturación centralizada, las siguientes son porciones revisadas del Capítulo 18, Sección 10, del *Medicare Claims Processing Manual*, que se adjunta al CR5511 (la dirección del sitio Web para el CR5511 se provee en la sección **Información Adicional** de este artículo):

Capítulo 18/Sección 10.2.5 – Reclamaciones Sometidas a Contratistas

- La administración de la vacuna del virus de influenza está cubierta bajo el beneficio de vacunación contra la influenza, según la Sección §1861(s)(10)(A) del Acta, y no bajo los beneficios de servicios de médicos. Por lo tanto, no es elegible para el pago del 10% de bonificación HPSA (*Health Professional Shortage Area*) o el pago del 5% de bonificación PSA (*Physician Scarcity Area*).
- Medicare todavía requiere que la vacuna de hepatitis B se administre mediante una orden médica y bajo supervisión.

Capítulo 18/Sección 10.3.1 – Reclamaciones de Registro Sometidas a Contratistas para Inmunización Masiva

- Si un Centro de Salud Público (PHC por sus siglas en inglés) u otro individuo o entidad cualifica para someter reclamaciones de registro, puede utilizar el formulario pre-impreso CMS-1500 (08-05).

Capítulo 18/Sección 10.3.1.1 – Facturación Centralizada de la Vacuna contra Influenza y Neumococo (PPV por sus siglas en inglés) a los Contratistas de Medicare.

Billing Policies

designated carrier to participate as a Medicare mass immunizer centralized biller will not be allowed to submit claims to Medicare for reimbursement.

In addition to the centralized billing processes, the following are revised portions of Chapter 18, Section 10, of the Medicare Claims Processing Manual, which is attached to CR5511 (the web address for CR5511 is provided in the Additional Information section of this article):

Chapter 18/Section 10.2.5 - Claims Submitted to Carriers

- *The administration of the influenza virus vaccine is covered in the flu vaccine benefit under §1861(s)(10)(A) of the Act, rather than under the physicians' services benefit. Therefore, it is not eligible for the 10 percent Health Professional Shortage Area (HPSA) incentive payment or the 5 percent Physician Scarcity Area (PSA) incentive payment.*
- *Medicare still requires that the hepatitis B vaccine be administered under a physician's order with supervision.*

Chapter 18/Section 10.3.1 - Roster Claims Submitted to Carriers for Mass Immunization

- *If a Public Health Center (PHC) or other individual or entity qualifies to submit roster claims, it may use a preprinted Form CMS-1500 (08-05)*

Chapter 18/Section 10.3.1.1 - Centralized Billing for Flu and Pneumococcal (PPV) Vaccines to Medicare Carriers

Cont. on next page

Políticas de Pago

Aclaraciones sobre el Formato para la Hoja de Cubierta del Registro

Los proveedores que someten reclamaciones de registro deben completar un formulario CMS-1500 (08-05) y se les recuerda que:

- El campo 32 debe completarse para reportar el nombre, la dirección, y el código postal de la localidad donde el servicio fue prestado (incluyendo a los facturadores centralizados).
- El campo 32a debe completarse para reportar el NPI de la instalación que prestó el servicio (ejemplo: en el hospital), si la misma se está disponible. El contratista utilizará el código postal en el campo 32 para determinar la localidad de pago para la reclamación. (El NPI puede reportarse en el Formulario CMS-1500 (08-05) a partir del 1 de enero de 2007.)
- Una vez que Medicare requiera que se reporte el NPI, se debe reportar el NPI del proveedor o del grupo que factura en el campo 33a. (Se puede reportar el NPI en el Formulario CMS-1500 (08-05) a partir del 1 de enero de 2007.)

Aclaraciones sobre el Formato para Reclamaciones de Registro

- El campo 33 debe completarse para reportar el nombre del proveedor/suplidor del servicio, dirección, el código postal y su número de teléfono. Una vez que Medicare requiera el uso del NPI, se debe reportar el NPI del proveedor o grupo que factura.
- Para reclamaciones electrónicas, el nombre, la dirección, y el código postal de la instalación hospitalaria se debe reportar en:
 - El ANSI X12N 837 que cumpla con la Ley HIPAA: Nivel de enlace de reclamación 2310D NM101=FA. Al implementarse, la instalación (ejemplo: el hospital) debe reportar el NPI en el enlace 2310D NM109 (NM108=XX), si existe alguno disponible. Antes de entrar el NPI, entre la información de impuestos en el enlace 2310D NM109 (NM108=24 o 34) y entre el número legado de Medicare de la instalación hospitalaria en el enlace 2310D REF02 (REF01=1C).

Billing Policies

Format Clarifications for Roster Cover Document

Providers submitting roster claims must complete a cover form CMS-1500 (08-05) and are reminded that:

- *Item 32 must be completed to report the name, address, and ZIP code of the location where the service was provided (including centralized billers).*
- *Item 32a must be completed to report the NPI of the service facility (e.g., hospitals) if it is available. The carrier will use the ZIP code in Item 32 to determine the payment locality for the claim. (The NPI can be reported on the form CMS-1500 (08-05) as of January 1, 2007.)*
- *Once Medicare requires NPI reporting, the NPI of the billing provider or group must be reported in item 33a. (The NPI can be reported on the form CMS-1500 (08-05) as of January 1, 2007.)*

Format Clarifications for Roster Claims

- *Item 33 must be completed to report the provider of service/supplier's billing name, address, ZIP code, and telephone number. Once Medicare requires NPI submissions, the NPI of the billing provider or group must be reported.*
- *For electronic claims, the name, address, and ZIP code of the facility is reported in:*
 - *The HIPAA compliant ANSI X12N 837: Claim level loop 2310D NM101=FA. When implemented, the facility (e.g., hospital's) NPI will be reported in the loop 2310D NM109 (NM108=XX) if one is available. Prior to NPI, enter the tax information in loop 2310D NM109 (NM108=24 or 34) and enter the Medicare legacy facility identifier in loop 2310D REF02 (REF01=1C).*

Cont. on next page

Políticas de Pago

Reporte la dirección, ciudad, estado, y código postal en el enlace 2310d N301; y N401, N402, y N403. No se requiere que la información sobre la instalación hospitalaria se reporte a nivel de línea para efectos de facturación centralizada.

- Los proveedores deben observar que si una reclamación se recibe con un código postal inválido, los contratistas la devolverán como “no-procesable”.
- Si se recibe una reclamación con un código postal que no es válido para la dirección física provista, los contratistas la devolverán como “no-procesable”.

Capítulo 18/Sección 10.4.2

- En su solicitud anual de participación en la facturación centralizada, usted también debe:
 - Incluir los nombres y las direcciones de todas las entidades que operan bajo la solicitud de la corporación; y
 - Incluir información de contacto para una persona de contacto designada para efectos del programa de facturación centralizada.

Los proveedores deben observar que la práctica de requerir de un beneficiario que pague por la vacunación por adelantado o que sometan su propia reclamación de reembolso no es apropiada. Se requiere de todos los proveedores de Medicare que sometan las reclamaciones de parte del beneficiario, según se establece en la Sección §1848(g)(4)(A) del Acta de Seguro Social y los facturadores centralizados no podrán cobrar ningún pago por adelantado.

Información Adicional

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Para detalles completos sobre el CR5511, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista de Medicare o A/B MAC. La misma se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1278CP.pdf>.

Billing Policies

Report the address, city, state, and ZIP code in loop 2310d N301 and N401, N402, and N403. Facility data is not required to be reported at the line level for centralized billing.

- *Providers note that if a claim is received with an invalid ZIP code, carriers will return the claims as unprocessable.*
- *If a claim is received with a ZIP code that is not valid for the street address given, carriers will return the claim as unprocessable.*

Chapter 18/Section 10.4.2

- *In your annual request to participate in centralized billing you must also:*
 - *Include the names and addresses of all entities operating under the corporation's application; and*
 - *Include contact information for a designated contact person for your centralized billing program.*

Providers should note that the practice of requiring a beneficiary to pay for the vaccination upfront and to file their own claim for reimbursement is inappropriate. All Medicare providers are required to file claims on behalf of the beneficiary per §1848(g)(4)(A) of the Social Security Act and centralized billers may not collect any payment upfront.

Additional Information

If you have questions, please contact your us at 1-877-715-1921.

For complete details regarding this Change Request (CR) please see the official instruction (CR5511) issued to your Medicare carrier or A/B MAC. That instruction may be viewed by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1278CP.pdf> on the CMS website.

Pub. MLN5511/ Trans R1278CP / CR5511 / 06-29-07 / mlv rrc

Políticas de Pago

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE LOS ÉDITOS CCI, VERSIÓN 13.3, VIGENTE EL 1 DE OCTUBRE DEL 2007

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 5703 que provee un recordatorio a los médicos de que tomen nota de la actualización trimestral a los éditos de la Iniciativa de codificación correcta (CCI). El último paquete de éditos de CCI, Versión 13.3, vigente a partir del 1 de octubre de 2007, y los éditos de los códigos que se excluyen mutuamente estarán disponible en el <http://www.cms.hhs.gov/NationalCorrectCodInitEd/> del sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5703.pdf>.

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Billing Policies

QUARTERLY UPDATE TO CORRECT CODING INITIATIVE (CCI) EDITS, VERSION 13.3, EFFECTIVE OCTOBER 1, 2007

This article is based on Change Request (CR) 5703, which provides a reminder for physicians to take note of the quarterly updates to Correct Coding Initiative (CCI) edits. The latest package of CCI edits, Version 13.3, effective October 1, 2007, and the current Mutually Exclusive Code (MEC) edits will be available at <http://www.cms.hhs.gov/NationalCorrectCodInitEd/> on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website.

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5703.pdf> on the CMS website.

If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

CR5703/Trans. R1330CP/MM5703 ab

Laboratorio

FECHA DE SERVICIO (DOS) PARA ESPECÍMENES DE LABORATORIO

Proveedores Afectados

Médicos, proveedores, y suplidores que someten reclamaciones a los Contratistas de la Parte B de Medicare, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés), por concepto de servicios prestados a beneficiarios de Medicare relacionados a pruebas realizadas en especímenes de laboratorio.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR 5573, el cual implementa revisiones a la política sobre Fecha de Servicio (DOS por sus siglas en inglés) para pruebas realizadas en especímenes de laboratorio, de acuerdo con las actualizaciones al 42CFR414.510 que fuera publicado en el *Federal Register* el 1 de diciembre de 2006. Al someter reclamaciones, **recuerde que la regla general es que la fecha de servicio se considera la fecha cuando el espécimen se recolecta. Cuando el espécimen se recolecta durante un periodo de tiempo que cubre dos días calendario, la fecha de servicio es la fecha en que concluye la recolección.**

Trasfondo

La regla general para determinar la fecha de servicio de una prueba realizada en un espécimen de laboratorio es la fecha cuando se recolecta el espécimen. Si un espécimen se recolecta durante un período que cubre dos días calendario, entonces la fecha de servicio debe ser la fecha cuando concluyó el período.

La política actual sobre la fecha de servicio permite una excepción a la regla general para pruebas realizadas en especímenes almacenados. Si un espécimen se almacenó durante más de 30 días calendario antes de la prueba (también conocido como “especimen almacenado”), la fecha de servicio (DOS) de la prueba debe ser la fecha cuando se obtuvo el espécimen del ambiente almacenado.

Laboratory

DATE OF SERVICE (DOS) FOR LABORATORY SPECIMENS

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers submitting claims to Medicare carriers, Fiscal Intermediaries (FIs), or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), for services provided to Medicare beneficiaries related to tests performed on laboratory specimens.

Provider Action Needed

*This article is based on Change Request (CR) 5573 which implements revisions to the date of service (DOS) policy for tests performed on laboratory specimens, in accordance with updates to 42CFR414.510 that were published in the Federal Register on December 1, 2006. **Remember when submitting claims that the general rule is that the date of service is the date the specimen is collected. Where a specimen is collected over a period that spans two calendar days, the date of service is the date the collection period ended.***

Background

The general rule for the date of service (DOS) of a test performed on a laboratory specimen is the date that the specimen is collected. If a specimen is collected over a period that spans two calendar days, then the DOS must be the date that the collection period ended.

The current DOS policy allows an exception to the general rule for tests performed on an archived specimen. If a specimen was stored for more than 30 calendar days before testing (otherwise known as “an archived specimen”), the DOS of the test must be the date that the specimen was obtained from storage.

Cont. on next page

Laboratorio

En la regulación final del Manual de Tarifas Fijas de Medicare para Médicos, publicada en el *Federal Register* el 1 de diciembre de 2006 (http://www.access.gpo.gov/su_docs/fedreg/a061201c.html), CMS revisó la política sobre fecha de servicio para especímenes de laboratorio con el fin de permitir excepciones adicionales a la regla general y la regla sobre la fecha de servicio para pruebas realizadas en especímenes almacenados.

El CR 5573 implementa las revisiones a la política de fecha de servicio para pruebas realizadas en especímenes de laboratorio especificados en la regla final, de acuerdo con las actualizaciones al 42 CFR §414.510 (<http://a257.g.akamaitech.net/7/257/2422/01jan20061800/edocket.access.gpo.gov/2006/06-9086.htm>).

Tal como se menciona anteriormente, bajo la política revisada de fecha de servicio (DOS) para especímenes de laboratorio, la Regla General indica que la fecha de servicio de la prueba debe ser la fecha cuando el espécimen se recolecta. Sin embargo, existe una variación: Si un espécimen se recolecta durante un período que cubre dos días calendario, entonces la fecha de servicio (DOS) debe ser la fecha cuando concluyó la recolección.

Las siguientes excepciones aplican para la política de fecha de servicio para pruebas de laboratorio:

Fecha de Servicio (DOS) para Pruebas Realizadas en Especímenes Almacenados:

En caso de una prueba realizada en un espécimen almacenado, si el espécimen se almacenó por 30 días calendario o menos, de la fecha de recolección, la **fecha de servicio de la prueba debe ser la fecha cuando se realiza la prueba, solamente si:**

- La prueba la ordena el médico del paciente por lo menos 14 días después de que el paciente fue dado de alta del hospital.

Laboratory

In the final physician fee schedule regulation published in the Federal Register on December 1, 2006 (http://www.access.gpo.gov/su_docs/fedreg/a061201c.html), the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) revised the DOS policy for laboratory specimens to allow additional exceptions to the general rule and the DOS rule for tests performed on an archived specimen.

CR 5573 implements the revisions to the DOS policy for tests performed on laboratory specimens specified in the final rule, in accordance with the updates to 42 CFR §414.510 (<http://a257.g.akamaitech.net/7/257/2422/01jan20061800/edocket.access.gpo.gov/2006/06-9086.htm>).

As already mentioned, under the revised DOS policy for laboratory specimens, the General Rule is that the DOS of the test must be the date the specimen was collected. However, there is a variation: If a specimen is collected over a period that spans two calendar days, then the DOS must be the date the collection ended.

The following exceptions apply to the DOS policy for laboratory tests:

DOS for Tests Performed on Stored Specimens:

*In the case of a test performed on a stored specimen, if a specimen was stored for less than or equal to 30 calendar days from the date it was collected, the **DOS of the test must be the date the test was performed only if:***

- *The test is ordered by the patient's physician at least 14 days following the date of the patient's discharge from the hospital;*

Cont. on next page

Laboratorio

- El espécimen se recolectó mientras el paciente fue sometido a un procedimiento quirúrgico en el hospital.
- Sería médicamente inapropiado recolectar la muestra en otro momento diferente al momento en que se realizó el procedimiento de hospital para el cual el paciente se admitió;
- Los resultados de la prueba no guían el tratamiento suministrado durante la estadía en el hospital; y
- La prueba fue razonable y médicamente necesaria para el tratamiento de una enfermedad.

Nota: Si el espécimen se almacenó por más de 30 días calendario antes de realizar la prueba, el espécimen se considera “almacenado”, y la fecha de servicio de la prueba debe ser la fecha cuando el espécimen se removió del almacén.

Fecha de Servicio (DOS) para Pruebas de Sensibilidad a la Quimioterapia Realizadas en Tejido Vivo:

En el caso de una prueba de sensibilidad a la quimioterapia realizada sobre tejido vivo, la **fecha de servicio de la prueba debe ser la fecha cuando la prueba se realizó, solamente si:**

- La decisión con respecto a los agentes quimioterapéuticos específicos en los cuales se va a realizar la prueba se hace al menos 14 días después que el paciente fue dado de alta;
- El espécimen fue recolectado mientras el paciente se encontraba bajo un procedimiento quirúrgico de hospital;
- Se considera médicamente inapropiado haber recolectado la muestra en otro momento diferente al momento en que se realizó el procedimiento de hospital para el cual el paciente fue admitido;
- Los resultados de la prueba no guían el tratamiento suministrado durante la estadía en el hospital, y

Laboratory

- *The specimen was collected while the patient was undergoing a hospital surgical procedure;*
- *It would be medically inappropriate to have collected the sample other than during the hospital procedure for which the patient was admitted;*
- *The results of the test do not guide treatment provided during the hospital stay; and*
- *The test was reasonable and medically necessary for treatment of an illness.*

Note: *If the specimen was stored for more than 30 calendar days before testing, the specimen is considered to have been archived, and the DOS of the test must be the date the specimen was obtained from storage.*

DOS for Chemotherapy Sensitivity Tests Performed on Live Tissue:

*In the case of a chemotherapy sensitivity test performed on live tissue, the **DOS of the test must be the date the test was performed only if:***

- *The decision regarding the specific chemotherapeutic agents to test is made at least 14 days after discharge;*
- *The specimen was collected while the patient was undergoing a hospital surgical procedure;*
- *It would be medically inappropriate to have collected the sample other than during the hospital procedure for which the patient was admitted;*
- *The results of the test do not guide treatment provided during the hospital stay; and*

Cont. on next page

Laboratorio

- La prueba fue razonable y médicamente necesaria para el tratamiento de una enfermedad.

Nota: Para propósitos de aplicar la excepción arriba indicada, una “prueba de sensibilidad a la quimioterapia” se define como una prueba que requiere una muestra de tejido fresco para realizar la prueba de sensibilidad a células de tumores con varios agentes quimioterapéuticos.

Información Adicional

La instrucción oficial (CR5573), enviada a su Contratista, FI y A/B MAC sobre este cambio se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1319CP.pdf>.

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Laboratory

- *The test was reasonable and medically necessary for treatment of an illness.*

Note: *For purposes of applying the above exception, a “chemotherapy sensitivity test” is defined as a test that requires a fresh tissue sample to test the sensitivity of tumor cells to various chemotherapeutic agents.*

Additional Information

The official instruction, CR5573, issued to your carrier, FI, and A/B MAC regarding this change may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1319CP.pdf> on the CMS website.

If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

Pub. MM5573 / Trans R1319CP / CR5573 / 08-17-07 / mlv rrc

Medicamentos

ACTUALIZACIÓN DE JULIO DE 2007 AL ARCHIVO DE ASP DE LA PARTE B DE MEDICARE, VIGENTE EL 1 DE JULIO DE 2007 Y REVISIONES A LOS ARCHIVOS DE PRECIOS DE ENERO 2007 Y ABRIL 2007

Este CR anuncia los nombres del archivo de actualización del precio promedio de venta (ASP, según sus siglas en inglés) e instruye a los contratistas a descargar los archivos y pagar las reclamaciones siguiendo las instrucciones en este CR.

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5646.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Drugs

JULY 2007 QUARTERLY ASP MEDICARE PART B DRUG PRICING FILE, EFFECTIVE JULY 1, 2007, AND REVISIONS TO THE JANUARY 2007 AND APRIL 2007 QUARTERLY ASP MEDICARE PART B DRUG PRICING FILES

This CR announces the file names of the quarterly ASP files and instructs the contractors to download the files and pay claims following the instructions in this CR.

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5646.pdf> on the CMS website. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

CR5646/Trans.R1270CP/MM5646/MAR

ARCHIVO TRIMESTRAL DE OCTUBRE 2007 DE ASP DE LA PARTE B Y REVISIONES EN LOS ARCHIVOS ANTERIORES TRIMESTRALES DE PRECIOS

Este CR anuncia los nombres de los archivos para los CRs trimestrales relacionados con el Precio Promedio de Venta (ASP, según sus siglas en inglés) e instruye a los contratistas a que implementen los archivos. El archivo de precio promedio de venta y el archivo de los que no se clasifican de otra manera (NOC, según sus siglas en inglés) se emitirán. Los archivos de precios revisados en octubre 2006, enero 2007, abril 2007 y julio 2007 de ASP y NOC serán emitidos según sea necesario.

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5710.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

OCTOBER 2007 QUARTERLY ASP MEDICARE PART B DRUG PRICING FILES AND REVISIONS TO PRIOR QUARTERLY PRICING FILES

This CR announces the filenames for the quarterly ASP CRs and instructs the contractors to implement the files. The October - December 2007 ASP Pricing file and Not Otherwise Classified (NOC) Pricing files will be issued. Revised October 2006, January 2007, April 2007 and July 2007 ASP and NOC Pricing files will be issued as necessary.

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5710.pdf> on the CMS website. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

CR5710/Trans.R1334CP/MM5710

Ambulancia

REVISIÓN A LA CERTIFICACIÓN PARA SERVICIOS DE HOSPITAL CUBIERTOS POR EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO SUPLEMENTARIO PERTINENTE A SERVICIOS DE AMBULANCIA

A partir del 17 de septiembre de 2007, el lenguaje que requiere una certificación de un médico para servicios de ambulancia provistos por un hospital participante se eliminará del Capítulo 4, Sección 20 del *Medicare General Information, Eligibility, and Entitlement Manual*.

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5684.pdf>.

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Ambulance

REVISION TO CERTIFICATION FOR HOSPITAL SERVICES COVERED BY THE SUPPLEMENTARY MEDICAL INSURANCE PROGRAM AS IT PERTAINS TO AMBULANCE SERVICES

Effective September 17, 2007, language requiring physician certification for ambulance services furnished by a participating hospital will be deleted from Chapter 4, Section 20 of the Medicare General Information, Eligibility, and Entitlement Manual.

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5684.pdf> on the CMS website.

If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

CR5684/Trans. R47GI/MM5684 ab

TARIFAS FIJAS DE AMBULANCIA – INSTRUCCIONES Y LISTA DE CONDICIONES MÉDICAS

Este documento provee la lista revisada de Condiciones Médicas para Servicios de Ambulancia. Las revisiones se hicieron para actualizar la lista de condiciones médicas para el 2007 debido a la actualización del ICD-9-CM. Favor de acceder el siguiente enlace para ver el documento en su totalidad: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1185CP.pdf>.

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

AMBULANCE FEE SCHEDULE – MEDICAL CONDITIONS LIST AND INSTRUCTION

This document furnishes the revised Ambulance Medical Conditions List. The revisions were done to update the condition code list for 2007 because of the updated ICD-9-CM. Please access the following link to view the document in its entirety: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1185CP.pdf>.

If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

CR5442/ Trans R1185CP / rrc

Ambulancia

FACTOR DE INFLACIÓN DE AMBULANCIA PARA EL AÑO CALENDARIO 2008

Proveedores Afectados

Proveedores y suplidores de servicios de ambulancia que facturan a los Contratistas de la Parte B de Medicare, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), o Contratistas Administrativos de la Parte A/B de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés) por esos servicios.

Lo Que Necesita Saber

La petición de cambio (CR por sus siglas en inglés) 5801 de la cual se deriva este artículo, provee el Factor de Inflación (AIF por sus siglas en inglés) para el año calendario 2008. El AIF para el año calendario 2008 es 2.7%.

Trasfondo

La Sección 1834(l)(3)(B) de la Ley de Seguro Social (SSA) provee la base para la actualización de los límites de pago que los Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) y los Contratistas Administrativos A/B (A/B MACs por sus siglas en inglés) utilizarán para determinar cuánto se le pagará a usted por las reclamaciones sometidas de servicios de ambulancia.

Específicamente esta sección de la Ley provee para una actualización de pago para el 2008 igual al incremento del por ciento del índice del precio del consumidor para todos los consumidores urbanos (CPI-U, por sus siglas en inglés) para el periodo de 12 meses que termina en junio del año previo.

El CR 5801 del cual se deriva este artículo provee el AIF para el año calendario 2008 y este será 2.7%. La siguiente tabla demuestra el AIF para el año calendario 2008 y para los cinco años anteriores:

Ambulance

AMBULANCE INFLATION FACTOR FOR CY 2008

Provider Types Affected

Providers and suppliers of ambulance services who bill Medicare carriers, fiscal intermediaries (FIs), or Part A/B Medicare Administrative Contractors (A/B MACs) for those services

What You Need to Know

CR 5801, from which this article is taken provides the Ambulance Inflation Factor (AIF) for Calendar Year (CY) 2008. The AIF for CY 2008 is 2.7%.

Background

Section 1834(l) (3) (B) of the Social Security Act (the Act) provides the basis for updating payment limits that carriers, FIs, and A/B MACs use to determine how much to pay you for the claims that you submit for ambulance services.

Specifically, this section of the Act provides for a 2008 payment update that is equal to the percentage increase in the urban consumer price index (CPI-U), for the 12-month period ending with June of the previous year. The resulting percentage is referred to as the ambulance inflation factor (AIF).

CR 5801, from which this article is taken furnishes the CY 2008 AIF, which will be 2.7%. The following table displays the AIF for CY 2008 and for the previous 5 years.

Cont. on next page

Ambulancia

Ambulance

Factor de Inflación de Ambulancia por Año Calendario	
Ambulance Inflation Factor by Calendar Year	
2008	2.70%
2007	4.30%
2006	2.50%
2005	3.30%
2004	2.10%
2003	1.10%

La tarifa fija nacional para servicios de ambulancia se ha implementado por fases en un periodo de transición de cinco años comenzando el 1 de abril de 2002. Además, el Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act del 2003 (MMA por sus siglas en inglés), establece que la tarifa base terrestre de ambulancia (para servicios prestados en el período entre el 1 de julio de 2004 y el 31 de diciembre de 2009) estará sujeta a una cantidad mínima (“floor amount”).

El pago no será menor a la cantidad mínima, la cual se determinará al establecer nueve tarifas fijas de pago (una por cada una de las nueve divisiones del censo) y luego utilizando la misma metodología que se utilizó para establecer las tarifas fijas nacionales.

Algunos asuntos claves relacionados al AIF incluyen:

Tarifa fija, Regional o Nacional

O la tarifa fija nacional o la regional aplica a todos los proveedores y suplidores en la división del censo, dependiendo de la cantidad de pago que la metodología regional brinde. La tarifa fija nacional aplica cuando la metodología de tarifas regionales resulta en una cantidad (para una división específica del censo) que es menor que la tarifa base terrestre nacional. Por otra parte, la tarifa regional aplica cuando su metodología resulta en una cantidad (para esa división del censo) que es mayor que la tarifa base terrestre nacional. Cuando se hace uso de la tarifa regional, esa porción de la de la tarifa fija base para esa división del censo es igual a una combinación de la tarifa nacional y la tarifa regional.

The national fee schedule for ambulance services was phased in over a five-year transition period beginning April 1, 2002. Further, the Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003 (MMA) established that the ground ambulance base rate (for services furnished during the period July 1, 2004 through December 31, 2009) is subject to a “floor amount.”

Payment will not be less than this “floor,” which is determined by establishing nine fee schedules (one for each of the nine census divisions) and then using the same methodology that was used to establish the national fee schedule.

Some key issues related to the AIF include:

National or Regional Fee Schedules

Either the national fee schedule or regional fee schedule applies for all providers and suppliers in the census division, depending on the payment amount that the regional methodology yields. The national fee schedule amount applies when the regional fee schedule methodology results in an amount (for a given census division) that is lower than the national ground base rate. Conversely, the regional fee schedule applies when its methodology results in an amount (for the census division) that is greater than the national ground base rate. When the regional fee schedule is used, that census division’s fee schedule portion of the base rate is equal to a blend of the national rate and the regional rate.

Cont. on next page

Ambulancia

Pagos Basados en la Metodología Combinada

Durante el período de transición de cinco años, sus pagos se han basado en una metodología combinada. Para el Año Calendario 2008, esta combinación será el 20% de la tarifa base terrestre regional y el 80% de la tarifa base terrestre nacional.

Antes del 1 de enero de 2006, para cada proveedor o suplidor de servicios de ambulancia, el AIF se aplicaba tanto a la porción de la tarifa fija del pago combinado (ambos nacional y regional, si aplicaba) y a la porción del costo razonable o el cargo razonable de la cantidad del pago combinado. Luego, estas dos cantidades se sumaban para determinar la cantidad total del pago al proveedor o suplidor.

A partir del 1 de enero de 2006 el pago total para los proveedores y suplidores de ambulancias aéreas se basa en 100% de la tarifa fija nacional. Desde el 1 de enero de 2008, la cantidad de pago total para proveedores y suplidores de ambulancias terrestres se basa o en 100% de la tarifa fija nacional o en 80% de la tarifa nacional más el 20% de la tarifa fija regional, la que sea mayor.

Requisitos de Coaseguro y Deducible de la Parte B

Los requisitos de coaseguro y deducible de la Parte B aplican.

Información Adicional

Puede encontrar más información acerca del factor de inflación del 2008 para servicios de ambulancia en el CR 5801 localizado en <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1375CP.pdf> en el sitio web de CMS. Como anejo de ese CR, encontrará la sección actualizada 20.6.1 (“Ambulance Inflation Factor (AIF)”) del capítulo 15 (“Ambulance”) del “Medicare Claims Processing Manual”.

Si desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Ambulance

Payments Based on Blended Methodology

During the five-year transition period, your payments have been based on a blended methodology. For CY 2008, this blend is 20% regional ground base rate and 80% national ground base rate.

Before January 1, 2006, for each ambulance provider or supplier, the AIF was applied to both the fee schedule portion of the blended payment amount (both national and regional (if it applied)), and to the reasonable cost or charge portion of the blended payment amount. Then, these two amounts were added together to determine each provider or supplier's total payment amount.

As of January 1, 2006, the total payment amount for air ambulance providers and suppliers is based on 100% of the national ambulance fee schedule. As of January 1, 2008, the total payment amount for ground ambulance providers and suppliers is based on either 100% of the national ambulance fee schedule or 80% of the national ambulance fee schedule and 20% of the regional ambulance fee schedule, whichever is greater.

Part B Coinsurance and Deductible Requirements

Part B coinsurance and deductible requirements apply.

Additional Information

You can find more information about the 2008 ambulance inflation factor by going to CR 5801 located at <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1375CP.pdf> on the Centers for Medicare & Medicaid (CMS) website. There you will find updated Medicare Claims Processing Manual, Chapter 15 (Ambulance), Section 20.6.1 (Ambulance Inflation Factor (AIF)) as an attachment to that CR.

If you would like more information, please call 1-877-715-1921.

Pub. MM5801 / Trans R1375CP / CR5801 / 11-09-2007 / rrc df

Reclamaciones

ACTUALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS DE ESTATUS Y CATEGORÍA DE LAS RECLAMACIONES

Los códigos del estatus y de categoría de las reclamaciones utilizados con la "Solicitud y repuesta del estatus de la reclamación de salud ASC X12N 276/277" se actualizaron durante la reunión de junio 2007 del Comité de Mantenimiento. En ese momento, el Comité también decidió permitirle a la industria 6 meses para la implementación de los códigos añadidos o cambiados recientemente. A partir del 9 de julio de 2007, los contratistas usarán los códigos señalados como actualizados en www.wpc-edi.com/codes.

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5687.pdf>.

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Claims

CLAIM STATUS CATEGORY CODE AND CLAIM STATUS CODE UPDATE

The Claim Status Codes and Claim Status Category Codes used with the Health Claim Status Request and Response ASC X12N 276/277 were updated during the June 2007 meeting of the Maintenance Committee. At that time, The Committee also decided to allow the industry 6 months for implementation of newly added or changed codes. As of July 9, 2007, contractors will use the current codes posted at www.wpc-edi.com/codes.

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5687.pdf> on the CMS website.

If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

CR5687/Trans. 1314/MM5687 ab

Centro de Enfermería Especializada (SNF)

ACTUALIZACIÓN ANUAL DEL 2008 A LOS CÓDIGOS HCPCS PARA LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA DE LOS SNF PARA EL ARCHIVO CWF, LOS CONTRATISTAS DE MEDICARE Y LOS INTERMEDIARIOS FISCALES

Cambios a los códigos HCPCS y las designaciones del Manual de tarifas fijas de Medicare para médicos serán utilizados para revisar los éditos de CWF para permitir que los contratistas y los intermediarios fiscales puedan hacer los pagos apropiados en acuerdo con la política de la facturación consolidada del SNF en el Capítulo 6, Sección 110.4.1 para contratistas y Capítulo 6, Sección 20.6 para FIs.

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5696.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Skilled Nursing Facility (SNF)

2008 ANNUAL UPDATE OF HCPCS CODES FOR SNF CONSOLIDATED BILLING (CB) FOR THE COMMON WORKING FILE (CWF), MEDICARE CARRIERS AND FISCAL INTERMEDIARIES (FIS)

Changes to Healthcare Common Procedure Coding System codes and Medicare Physician Fee Schedule designations will be used to revise CWF edits to allow carriers and FIs to make appropriate payments in accordance with policy for SNF consolidated billing in Chapter 6, Section 110.4.1 for Carriers and Chapter 6, Section 20.6 for FIs.

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5696.pdf> on the CMS website. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

CR5696/Trans. 1317/MM5696 ab

ÉDITOS ADICIONALES AL ARCHIVO CWF PARA LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA DE SNF

Este artículo fue tomado de la petición de cambio (CR) 5624, la cual proveer instrucciones a los contratistas de Medicare, MAC de Parte A/B y MAC de Equipo Médico Duradero, a pasar por alto ciertos éditos actuales de la facturación consolidada (CB, según sus siglas en inglés) de los Centros de Enfermería Especializada (SNF, según sus siglas en inglés) para poder identificar los periodos en que estos éditos no aplican. Esta instrucción esta vigente para servicios a partir del 1 de abril de 2001. Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5624.pdf>. Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

ADDITIONAL CWF EDITING FOR SKILLED NURSING FACILITY (SNF) CONSOLIDATED BILLING (CB)

This article was taken from CR5624, which instructs Medicare carriers, Part A/B MACs and Durable Medical Equipment (DME) MACs to bypass certain current Skill Nursing Facility (SNF) consolidated billing (CB) edits in order to enable the identification of periods when these edits should not be applied. This is effective for dates of service on or after April 1, 2001. For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5624.pdf> on the CMS website. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

CR5624/Trans. R1289CP/MM5624 ab

Contrato

PROVEEDORES SANCIONADOS

Proveedores sancionados son aquellos que han violado las obligaciones de su contrato con Medicare o Medicaid. A estos proveedores no se les permite facturar al Programa Medicare. Los contratistas reciben mensualmente una lista de CMS que incluye las exclusiones y reintegraciones efectuadas por la Oficina del Inspector General (OIG). Las exclusiones tienen vigencia a los 20 días de la fecha de notificación al proveedor. Estas exclusiones y reintegraciones serán vigentes en la fecha indicada.

La Sección 4304 del “Balanced Budget Act” (BBA, por sus siglas en inglés) modificó la Sección 1128A(a) del “Social Security Act”. Específicamente, el “BBA” añadió nuevas penalidades monetarias civiles de hasta \$10,000 por cada artículo o servicio provisto y hasta tres veces la cantidad reclamada. Estas penalidades se aplicarán en los casos en los cuales una persona contrata un proveedor excluido con el propósito de ofrecer servicios o artículos para el cuidado de la salud y dicha persona sabe o debería saber que el proveedor estaba excluido de Medicare.

La Sección 1128A del “SSA” define el término “persona” como “una organización, una agencia u otra entidad, pero excluyendo al beneficiario.” Esta provisión aplica a contratos o acuerdos efectuados después del 5 de agosto de 1997. Para cumplir con nuestro compromiso de educar a los proveedores de Medicare, a continuación la lista de los proveedores reinstalados y en las siguientes páginas encontrará la lista de los proveedores actualmente excluidos del Programa Medicare:

Enrollment

SANCTIONED PROVIDERS

Sanctioned providers are practitioners who violate their obligations under the “Medicare and Medicaid Programs Protection Act”. They are excluded from billing the Medicare Program. Carriers receive a monthly listing from CMS containing exclusion and reinstatement or withdrawal actions taken by the Office of Inspector General (OIG). Exclusion actions are effective 20 days from the date of the notice to the provider. Reinstatements / withdrawals are effective as of the date indicated.

Section 4304 of the Balanced Budget Act(BBA) modified Section 1128A(a) of the Social Security Act. Specifically, the BBA added new civil monetary penalties of up to \$10,000 for each item or service provided, and triple the claimed amount in cases in which a person contracts an excluded provider for the provision of health care items or services and the person knows or should have known that the provider was excluded from participation in the Medicare program.

Section 1128A of the Social Security Act defines the term “person” to include “organization, agency, or other entity, but excluding a beneficiary”. This provision applies to arrangements or contracts entered into after August 5, 1997. To comply with our commitment to educate and inform our Medicare providers, following is the list of the reinstated providers, and on next pages we have included the list of excluded providers to the Medicare Program:

Providers Reinstated to the Medicare Program		
NAME	ADDRESS	EFFECTIVE DATE
Kutcher Olivo, Roberto	Calle Betances 80 Canóvanas, PR 00629	January 26, 2006
Mercado Franci, José A.	Villa Clarita 2 6 St. # 46 Fajardo, PR 00738	January 26, 2006
Moreno Torres, Edwin	134 Calle José I. Quintón Coamo, PR 00769	December 15, 2005
Ortiz Ramos, Jorge L.	17St. - 3D1 Covadonga Toa Baja, PR 00949	January 26, 2006
Texidor Sánchez, Carmen I.	25 St. - Z-19 Río Verde Caguas, PR 00725	January 26, 2006
Jiménez Casso, José J.	Carr. 152 KM 8.1 - Bo. Quebradillas Barranquitas, PR 00794	May 8, 2007

Cont. on next page

Contrato

Enrollment

Providers Excluded from the Medicare Program		
NAME	ADDRESS	EFFECTIVE DATE
Alvarado Sánchez, Mayda C.	56 Georgetti St. Comerio, PR 00782	September 3, 1997
Álvarez Valentín, Mario	Urb. Valencia 1 52 Calle Pedro Cruz-Marg Juncos, PR 00777	July 18, 2002
Arce Forestier, Néstor	3 Muñoz Rivera St. Camuy, PR 00627	August 20, 1998
Arrillaga, Abenamar	Ext. Hermanas Dávila 23 - J St. Bayamón, PR 00959	May 18, 2000
Atocha Sánchez, José M.	720 Ponce De León Ave. San Juan, PR 00918	April 29, 1996
Baco Cuebas, German A.	Urb. Ponce De León 11 Calla Granada Mayagüez, PR 00680	January 20, 2003
Báez López, Roberto	Calle Víctor Salaberry #32 Guánica, PR 00653	February 20, 2003
Bailey, Colin D H	227 Golden Rock Dev Est Christiansted St. Croix, VI 008204	April 1, 1992
Canabal Enríquez, José M	170 Calle Luna San German, PR 00683	April 20, 2003
Caro Acevedo, Eduardo	Santa Rosa Mall Suite 201 - Segundo Nivel Bayamón, PR 00959	March 20, 2002
Collado Marcial, José L.	Prog. Salud Ocupacional RCM UPR 2do Piso Río Piedras, PR 00925	August 19, 2004
Cruz Báez, Edgar A	Hospital Dr. Pila - Ave. Las América Ponce, PR 00731	February 20, 2003
Dávila Aponte, Wanda E	63 Calle Nogal Monte Casino Toa Alta, PR 00953	May 20, 2002
Díaz Ríos, Pedro J.	Rosado Med. Bldg. - 358 Font Martelo Humacao, PR 00791	August 10, 2006
Escalante Santos, Gilberto	Urb. Summit Hills 596 Torrecillas St. Río Piedras, PR 00920	June 10, 1994
Francis Ambulance	99 Manolo Flores St. Fajardo, PR 00738	August 20, 2000
García Medina, Benjamín A	Calle Aibonito 1468 Santurce, PR 00907	April 20, 2003
Grana Díaz, Roberto	Urb. Sagrado Corazón 1616 Calle Sta Eduviges San Juan, PR 00926	May 20, 2001
Jiménez Casso, José	Urb. Santa Rosa 51-37 Ave. Main Bayamón, PR 00959	January 20, 2002
López Morales, Ángel	Ave. A Buenas Bloque 20 #31 Urb. Santa Rosa Bayamón, PR 00959	January 20, 2002

Cont. on next page

Providers Excluded from the Medicare Program		
Maisonet Correa, Carlos	61 Marginal Urb. Santa Rosa Bayamón, PR 00960	September 20, 2001
Montañez López, Carlos W.	Óptica Marbella Carr. 107 Km 1 Aguadilla, PR 00603	March 20, 2002
Nevarez Sostre, Edgar	Urb. Jardines / Calle 9 #B-4 Dorado, PR 00694	December 20, 2006
Olivari Milán, José A.	Bo. Miradero Carr. 102 Km 19 HM 2 Cabo Rojo, PR 00623	April 18, 2002
Ortega Ortiz, Orlando	Bo. Cuevas Carretera 132 Peñuelas, PR 00624	February 20, 2003
Ortiz Vargas, Daniel	Hospital Área de Yauco Clínicas CASPRI Yauco, PR 00698	February 20, 2003
Perea Vicente, Miguel A.	Ctro. Salud San German Calle St. Javilla San German, PR 00683	February 20, 2003
Pillot Costas, Juan R.	41 Calle Concordia Ponce, PR 00731	April 20, 2003
Pintado García, Isidoro	55 calle Comercio Suite 3 Yauco, PR 00698	June 19, 2003
Quiñones Acevedo, Pablo	Irurregui Plaza 201 Río Piedra, PR 00925	February 20, 2003
Ramos, Meléndez, Marcos U.	P.O. Box 999 Río Grande, PR 00745	April 20, 2000
Rivera Cruz, Carlos	205 Lauro Piñero Ave. Ceiba, PR 00735	December 20, 1999
Rivera López, Aixa	Pearl Vision 52-E José De Diego St. Cayey, PR 00736	September 20, 2000
Rutkowski Whitehead, Morris E.	371 San Jorge St. Santurce, PR 00912	July 14, 1993
Santini Olivieri, Francisco A.	4 Calle Hostos Juana Díaz, PR 00795	April 18, 2002
Soto Santiago, Reynaldo	Res. Levisticos del Oeste J104 Cabo Rojo, PR 00623	February 20, 2003
Soto Vázquez, Julio M.	Villa Rosa III B27 - 1St. Guayama, PR 00784	May 17, 1991
Stella, Edgar	513 Street Tintillo Hills Bayamón, PR 00966	January 29, 1986
Vega Delgado, Marisol	Portal De Los Pinos B19 Calle 2 San Juan, PR 00936	January 20, 2003
Vigo Sierra, Myrna L.	Bo. Miradero Carr. 102 Km 19 HM 2 Cabo Rojo, PR 00623	April 18, 2002
Yemat Pérez, Alex A.	Barrio Obrero 2041 Calle Borinquen Santurce, PR 00907	May 20, 2002

Updated: October 4, 2007- SS-SCV

National Provider Identifier (NPI)

ACLARACIÓN SOBRE LOS REQUISITOS DE REPORTAR EL NPI PARA RECLAMACIONES DE SERVICIOS DE AMBULANCIA

Proveedores Afectados

Proveedores y suplidores que facturan a los Contratistas de Medicare y Contratistas Administrativos de Medicare (MACs por sus siglas en inglés) por concepto de servicios de ambulancia.

El CR5564, del cual se extrae este artículo, notifica a los Contratistas y MACs de Medicare que no deben requerir el NPI del médico que hace la orden/referido en las reclamaciones de servicios de ambulancia.

Usted debe asegurarse de que el personal de facturación de su oficina tenga conocimiento sobre esta excepción.

Trasfondo

La Sección 1833(q) de la Ley de Seguro Social requiere que el nombre del médico que ordena/refiere esté incluido en todas las reclamaciones para servicios y artículos cubiertos por Medicare que resulten de una orden o referido médico. Además, cuando entren en vigor los requisitos de reportar el NPI, para efectos del plan de contingencia de Medicare "Fee for Service" para el NPI, también se requerirá el NPI del médico que hace la orden/referido en estas reclamaciones; con la excepción de reclamaciones para servicios de ambulancia (según se explica en los párrafos que siguen). Refiérase al artículo MLN Matters MM5595, disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5595.pdf> para detalles sobre el Plan de Contingencia del NPI.

Las estipulaciones de la Simplificación Administrativa de la Ley HIPAA de 1996 ordenan la adopción de un identificador de salud único para cada proveedor de servicios de salud. En respuesta a este mandato, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid

CLARIFICATION OF THE NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI) REPORTING REQUIREMENTS FOR AMBULANCE SERVICE CLAIMS

Provider Types Affected

Providers and suppliers who bill Medicare carriers and Medicare Administrative Contractors (MACs) for ambulance services.

CR 5564, from which this article is taken, notifies carriers and Medicare Administrative Contractors (MACs) to not require you to include the ordering/referring physician's National Provider Identifier (NPI) on your claims for ambulance services.

You should make sure that your billing staffs are aware of this exception.

Background

Section 1833(q) of the Social Security Act (the Act), requires that the ordering/referring physician's name be provided on all claims for Medicare covered services and items resulting from a physician's order or referral. In addition, when the NPI reporting requirements go into effect according to the Medicare fee-for-service NPI contingency plan, the ordering/referring physician's NPI will also be required on these claims; except, however, on claims for ambulance services (as explained in the paragraphs below). (See MLN Matters article, MM5595, available at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5595.pdf> on the CMS website for details about the NPI contingency plan.)

The Administrative Simplification provisions of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) mandate the adoption of a standard unique health identifier for each health care provider. In response to this mandate, the Centers for

Cont. on next page

National Provider Identifier (NPI)

(CMS por sus siglas en inglés), en la Reglamentación Final del NPI (publicada el 23 de enero de 2004) establece que el NPI será el estándar.

Aunque los proveedores/suplidores pueden comenzar a reportar el NPI a partir del 1 de enero de 2007, todos los proveedores de servicios de salud cubiertos bajo la Ley HIPAA deben cumplir con los requisitos de la Reglamentación Final del NPI, de acuerdo con el Plan de Contingencia NPI de Medicare. A partir de una fecha adecuada, Medicare rechazará aquellas reclamaciones en las cuales no se incluya el nombre y NPI apropiado en los campos requeridos del formulario CMS-1500 en el formato de reclamación en papel, versión 08-05 (campos 17 y 17B, respectivamente) y en el formato ANSI X12 837-P para reclamaciones electrónicas, versión 4010A (segmento NMI del enlace 2310A y 2420E, respectivamente).

Sin embargo, los servicios de ambulancia (particularmente servicios de transportación en respuesta a llamadas del servicio 911 o un servicio de emergencia equivalente) son generalmente requeridos por personas que no son el médico del paciente. En estas situaciones, el número y el NPI del médico que ordena/refiere no está disponible. Por lo tanto, CMS entiende que no es apropiado exigir que esa información se someta en el formulario de reclamación. El CR5564, del cual se extrae este artículo, instruye a los Contratistas de la Parte B y a los MACs de Medicare que no es necesario incluir el NPI del médico que hace la orden/referido para efectos de reclamaciones de servicios de ambulancia.

Información Adicional

Usted puede encontrar la instrucción oficial (CR5564) enviada a su Contratista o MAC en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1251CP.pdf>.

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Medicare and Medicaid Services (CMS) in the National Provider Identifier (NPI) final rule (published on January 23, 2004) established the NPI as this standard.

Although providers/suppliers may begin reporting the NPI as early as January 1, 2007, all health care providers covered under HIPAA must comply with the requirements of the NPI final rule in accordance with Medicare's NPI contingency plan. At the appropriate date, Medicare will reject claims in which the appropriate name and NPI are not entered in the required fields of the Form CMS-1500 paper claim format, version 08-05 (fields 17 and 17B, respectively), and the ANSI X12 837-P electronic claim format, version 4010A (NM1 segment of the 2310A and/or 2420E loop, respectively).

However, ambulance services (particularly transports provided in response to a 911 or 911-equivalent emergency call) are often ordered by someone other than a physician. In these situations, the name and the NPI of the ordering/referring physician are not available. Thus, CMS does not feel that it is appropriate to require that this information be submitted on the claim form. Therefore, CR 5564, from which this article is taken, instructs carriers and the Medicare Administrative Contractors (MACs) that the ordering/referring physician's NPI is not required on claims for ambulance services.

Additional Information

You can find the official instruction, CR 5564, issued to your carrier or MAC by visiting <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1251CP.pdf> on the CMS website.

If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

Pub. MLN5564 / Trans R1251CP / CR5564 / 05-25-07 / mlv rrc

National Provider Identifier (NPI)

MANEJO DEL IDENTIFICADOR NACIONAL DEL PROVEEDOR (NPI) PARA EL PROVEEDOR QUE ORDENA/REFIERE Y ATIENDE/ OPERA/OTRO/INSTALACIÓN DE SERVICIO PARA RECLAMACIONES DE MEDICARE

Proveedores Afectados

Médicos y proveedores que le facturan a los contratistas de la Parte B de Medicare, intermediarios fiscales (FI, por sus siglas en inglés) y Contratistas Administrativos de Medicare (A/B MAC, por sus siglas en inglés) por reclamaciones de servicios provistos a beneficiarios de Medicare.

Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Ser conciente del hecho que de acuerdo a la reglamentación final del NPI, cuando se reporta un identificador en una reclamación para un proveedor que ordena, refiere, es primario, es otro o es una instalación de servicio o para cualquier proveedor que no sea el que factura, al que se le emite el pago o el que brinda el servicio, ese identificador **tiene que ser un NPI. Para propósitos de Medicare esto significa que es mandatorio vigente, el 23 de mayo de 2008, someter un NPI para un proveedor que ordena o refiere. Los números legados no se pueden reportar en ninguna reclamación enviada a Medicare a partir del 23 de mayo de 2008.**

Medicare siempre ha requerido que se reporte un identificador de proveedor para proveedores que ordenan o refieren. Vigente el 23 de mayo de 2008 ese número **tiene que ser un NPI**, independientemente de que ese proveedor que ordena o refiere participa o no en el Programa de Medicare o es una entidad cubierta.

Puntos Claves

- Medicare no pagará por servicios o artículos ordenados o referidos a menos que el nombre y el número de NPI del proveedor que refiere, ordena, es primario, opera, es otro o es una instalación de servicio, se incluya en la reclamación.

HOW TO HANDLE THE NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI) FOR ORDERING/REFERRING AND ATTENDING/OPERATING/OTHER/ SERVICE FACILITY FOR MEDICARE CLAIMS

Provider Types Affected

Physicians and providers who bill Medicare Carriers, fiscal intermediaries (FI), and Medicare Administrative Contractors (A/B MAC) for claims for services provided to Medicare beneficiaries.

What Providers Need to Know

*Be cognizant of the fact that in accordance with the NPI final rule, when an identifier is reported on a claim for ordering/referring/attending provider, operating/other/service facility provider, or for any provider that is not a billing, pay-to or rendering provider, that identifier **must be an NPI. For Medicare purposes this means that submission of an NPI for an ordering/referring provider is mandatory effective May 23, 2008. Legacy numbers cannot be reported on any claims sent to Medicare on or after May 23, 2008.***

*Medicare has always required that a provider identifier be reported for ordering/referring providers. Effective May 23, 2008, that number **must be an NPI**, regardless of whether that referring or ordering provider participates in the Medicare program or not or is a covered entity.*

Key Points

- *Medicare will not pay for referred/ordered services or items unless the name and NPI number of the referring/ordering/attending/operating/other/service facility provider is on the claim.*

Cont. on next page

National Provider Identifier (NPI)

- Es responsabilidad del que somete la reclamación obtener el NPI del proveedor que refiere, ordena, es primario, opera, es otro o es una instalación de servicio para proveedores del cuidado de la salud.
 - Aquellos proveedores cuyo negocio se basa mayormente en proveer servicios o artículos ordenados o referidos por otros proveedores, deben tener precaución al proveer esos servicios al menos que primero obtengan el NPI del individuo que ordena o refiere. Si proveen los servicios o artículos y no obtienen el NPI de esa persona previo a facturarle a Medicare, su reclamación se denegará.
 - Si el NPI no lo suministra directamente el proveedor que ordena o refiere, al momento de la orden, el proveedor del que se espera que brinde los servicios o artículos debe comunicarse con ese proveedor para obtener su NPI antes de brindar los servicios o artículos.
 - A los proveedores que no han obtenido un NPI para el 23 de mayo de 2008, no se les permitirá referir u ordenar servicios o artículos para beneficiarios de Medicare.
 - Los números legados, tales como el número de identificación del proveedor (PIN) o como el número único de identificación del médico (UPIN) no se podrán reportar en ninguna reclamación enviada a Medicare a partir del 23 de mayo de 2008.
 - Los médicos y los siguientes profesionales de la salud (sujeto a las leyes locales) son los únicos proveedores que se les permite ordenar o referir artículos o servicios para los beneficiarios:
 - Enfermera Graduada (NP)
 - Especialista en Enfermería Clínica (CNS)
 - Asistentes Médicos (PA)
 - Enfermera Obstetra Certificada (CNM)
 - Los siguientes requisitos de negocio del NPI establecidos permanecen iguales:
 - Reclamaciones sometidas por beneficiarios (CR 5328 y CR 4169)
 - Médicos difuntos (CR 5416)
 - Ajustes (CR 5416)
- *It is the responsibility of the claim/bill submitter to obtain the ordering/referring/attending/operating/other/service facility NPI for health care providers.*
 - *Providers whose business is largely based upon provision of services or items referred/ordered by other providers must be careful furnishing such services/items unless they first obtain the NPI of the referring/ordering individual. If they furnish services/items and do not obtain that person's NPI prior to billing Medicare, their claim will be denied.*
 - *If the NPI is not directly furnished by the ordering/referring provider at the time of the order, the provider expected to furnish the services or items should contact that provider for his/her NPI prior to delivery of the services/items.*
 - *Providers who have not obtained an NPI by May 23, 2008, are not permitted to refer/order services or items for Medicare beneficiaries.*
 - *Legacy numbers, such as provider identification numbers (PINs) or unique physician identification numbers (UPINs), cannot be reported on any claims sent to Medicare on or after May 23, 2008.*
 - *Physicians and the following non physician practitioners (subject to local laws) are the only types of providers allowed to refer/order services or items for beneficiaries:*
 - *Nurse practitioners (NP);*
 - *Clinical nurse specialists (CNS);*
 - *Physician assistants (PA); and*
 - *Certified nurse midwives (CNM).*
 - *Established NPI business requirements for:*
 - *beneficiary submitted (CR 5328 and CR 4169)*
 - *deceased physician (CR 5416),*
 - *adjustments (CR 5416),*

Cont. on next page

National Provider Identifier (NPI)

- Reclamaciones de Influenza (CR 4169)
- Reclamaciones en el Extranjero (CR 4169)
- Reclamaciones de Influenza Pandémica (CR 4169)

Trasfondo

Este artículo está basado en el CR 5674. Por favor note que las estipulaciones de la Administración Simplificada del "Health Insurance Portability and Accountability Act" del 1996 (HIPAA) requieren la adopción de un identificador de salud único y estándar para cada proveedor de salud. La reglamentación final del NPI, publicada el 23 de enero de 2004, establece al NPI como dicho estándar. Todo proveedor de salud cubierto bajo HIPAA tiene que cumplir con los requisitos de la reglamentación final del NPI (45 CFR Part 162, CMS-045-F). Toda entidad cubierta bajo HIPAA tiene que cumplir con los requisitos de la reglamentación final del NPI.

Información Adicional

Si desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Puede ver la instrucción oficial (CR 5674) emitida a su contratista de la Parte B en el sitio web de CMS, <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R225PI.pdf>.

- *flu claims (CR 4169),*
- *foreign claims (CR 4169)*
- *and pandemic flu claims (CR 4169) remain as written.*

Background

This article is based on Change Request (CR) 5674. Please note that the Administrative Simplification provisions of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) mandate the adoption of a standard unique health identifier for each health care provider. The (NPI) final rule, published on January 23, 2004, establishes the NPI as this standard. All health care providers covered under HIPAA must comply with the requirements of the NPI final rule (45 CFR Part 162, CMS-045-F). All entities covered under HIPAA must comply with the requirements of the NPI final rule.

Additional Information

If you would like more information, please call 1-877-715-1921.

You may see the official instruction (CR5674) issued to your Medicare A/B MAC, FI, or carrier by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R225PI.pdf> on the CMS website.

MM5674/Trans R225PI/CR5674/10-26-07 (rev. 11-01-07) / rrc

**IDENTIFICADOR NACIONAL DEL
PROVEEDOR (NPI) REQUERIDO
PARA REGISTRARSE
EN EL SISTEMA DE INTERCAMBIO
EDI Y ACTUALIZACIÓN A LOS
PROTOCOLOS DE TELE-
COMUNICACIÓN Y TRANSMISIÓN
PARA TRANSACCIONES EDI**

Tipos de Proveedores Afectados

Médicos y otros proveedores que facturan a los contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), incluyendo a los

**NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER
(NPI) REQUIRED TO ENROLL IN
ELECTRONIC DATA INTERCHANGE
(EDI), AND UPDATE OF
TELECOMMUNICATION AND
TRANSMISSION PROTOCOLS FOR
EDI**

Provider Types Affected

Physicians and other providers who bill Medicare contractors (carriers, fiscal intermediaries (FI), including regional home health intermediaries (RHHI), Medicare

Cont. on next page

National Provider Identifier (NPI)

Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés), Contratistas Administrativos de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés), o Contratistas Administrativos de Equipo Médico Duradero de Medicare (DME MACs por sus siglas en inglés), por servicios prestados a beneficiarios de Medicare.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Si usted todavía no se ha registrado para el uso de facturación electrónica y otras transacciones de intercambio electrónico de data (EDI por sus siglas en inglés), usted no podrá registrarse para comenzar a usar el sistema si aún no posee un Identificador Nacional del Proveedor (NPI por sus siglas en inglés).

El CR 5637, del cual se extrae este artículo, anuncia que los proveedores deberán obtener un NPI, como condición para el registro inicial, con el fin de tener acceso al sistema EDI. Su Contratista de Medicare no le otorgará un número de acceso y contraseña para acceder el sistema EDI hasta tanto usted tenga un NPI.

Si usted todavía no ha obtenido su NPI, debe solicitarlo inmediatamente. Usted puede solicitar su NPI a través del siguiente enlace en la Internet: <https://nppes.cms.hhs.gov/>

Trasfondo

Desde mayo del 2006, se requería que los proveedores obtuvieran un NPI, antes de iniciar su registro en Medicare, o antes de actualizar su expediente de registro, pero no estaban obligados a tener un NPI como condición para registrarse, a fin de comenzar a realizar transacciones de intercambio electrónico de data (EDI).

El CR 5637, del cual se extrae este artículo, anuncia que (vigente el 1 de octubre de 2007) los proveedores tendrán que obtener un NPI, como condición de registro inicial, para llevar a cabo transacciones EDI.

Esto se está implementando para apoyar aún más los esfuerzos de CMS para que todos los proveedores obtengan sus NPIs lo más pronto posible. Además, tal como se indica en el artículo

Administrative Contractors (A/B MAC), or Durable Medical Equipment Medicare Administrative Contractors (DME MAC)) for services provided to Medicare Beneficiaries.

Provider Action Needed

If not already enrolled for use of electronic billing & other electronic data interchange (EDI) transactions, you will not be able to enroll to begin use if you have not yet obtained a National Provider Identifier (NPI).

CR 5637, from which this article is taken, announces that providers must obtain an NPI, as a condition for initial enrollment, for the use of EDI. Your Medicare contractor will not issue you an EDI access number and password until you obtain an NPI.

If you have not already obtained your NPI, you should apply now. You can apply on line by going to <https://nppes.cms.hhs.gov/>.

Background

Since May 2006, providers have been required to obtain a National Provider Identifier (NPI) prior to initial Medicare enrollment, or before updating their enrollment records, but were not required to have an NPI, as a condition for enrollment, in order to begin using electronic data interchange (EDI) transactions.

CR 5637, from which this article is taken, announces that (effective October 1, 2007) providers will need to obtain an NPI, as a condition for initial enrollment, for the use of EDI.

This is being implemented to further support efforts by the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) to have all providers obtain NPIs as soon as possible. Moreover, as indicated in MLN Matters article MM5595

Cont. on next page

National Provider Identifier (NPI)

MLN Matters MM5595 (<http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5595.pdf>), Medicare está revisando las reclamaciones para determinar el nivel de inclusión del NPI. Esto se está haciendo para determinar una fecha razonable para que Medicare comience a rechazar aquellas reclamaciones que no tienen un NPI para los proveedores que facturan, a los que se les emite el pago o los que brindan el servicio.

El CR 5637 también actualiza la información de conectividad del EDI en el *Medicare Claims Processing Manual*, Sección 24 (General EDI and EDI Support Requirements, Electronic Claims and Coordination of Benefits Requirements, Mandatory Electronic Filing of Medicare Claims), Sección 20 (EDI Enrollment) y Sección 30.3 (Telecommunications and Transmission Protocols) ya que parte de la información en el manual está obsoleta debido a cambios en la tecnología.

En resumen, estos cambios son:

- Los contratistas de Medicare usarán modems V.90 56K para transacciones EDI que se sometan a través de conexiones de discado (“dial-in”);
- Los contratistas de Medicare ofrecerán compresión de data cuando un remitente/ recipiente de transacciones EDI así lo solicite, haciendo uso de módem V.90 56K, PK ZIP versión 2.04x o superior, WinZip o compresión de data de V.42 bis;
- Los DME MACs rechazarán las transacciones estándar del *National Council for Prescription Drug Programs* (NCPDP) que no usen el sobre electrónico estándar NCPDP;
- Los contratistas Medicare pueden, pero no se les requiere, adaptarse a otros tipos de compresión de data que les solicite un remitente/receptor de transacciones EDI.

Información Adicional

Usted puede encontrar más información sobre el requisito del NPI para poder hacer uso del sistema de intercambio de data EDI, en el CR5637, que se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS:

(<http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5595.pdf>), Medicare is monitoring claims to determine the level of NPI reporting. This is being done to determine when it will be reasonable for Medicare to begin rejecting claims that lack an NPI for billing, pay-to or rendering providers.

CR 5637 also updates EDI connectivity information in the *Medicare Claims Processing Manual*, Section 24 (General EDI and EDI Support Requirements, Electronic Claims and Coordination of Benefits Requirements, Mandatory Electronic Filing of Medicare Claims), Sections 20 (EDI Enrollment) and 30.3 (Telecommunications and Transmission Protocols) because some of the information in the manual is obsolete due to technology changes.

In summary, these changes are:

- Medicare contractors will use V.90 56K modems for EDI transactions submitted via dial-in connections;
- Medicare contractors will offer data compression that an EDI transaction sender/receiver requests, using the V.90 56 K modem, PK ZIP version 2.04x or higher, WinZIP or V.42 bis data compression;
- DME MACs will reject standard National Council for Prescription Drug Programs (NCPDP) transactions that do not use the standard NCPDP electronic envelope;
- Medicare contractors may, but are not required to, accommodate other types of data compression that an EDI submitter/receiver requests.

Additional Information

You can find more information about the requirement for an NPI in order to be able to use EDI transactions, by going to CR 5637, located

Cont. on next page

National Provider Identifier (NPI)

<http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1283CP.pdf>. Como un anejo al CR5637, usted encontrará actualizaciones al *Medicare Claims Processing Manual*, Sección 24 (General EDI and EDI Support Requirements, Electronic Claims and Coordination of Benefits Requirements, Mandatory Electronic Filing of Medicare Claims), Sección 20 (EDI Enrollment) y Sección 30.3 (Telecommunications and Transmissions Protocols). Usted puede encontrar más información sobre EDI en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/ElectronicBillingEDITrans/> y más información sobre el NPI en el enlace “National Provider Identifier (NPI) – Time is Running Out!” en el sitio Web de CMS <http://www.cms.hhs.gov/>.

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1283CP.pdf> on the CMS website. As an attachment to CR 5637, you will find updated *Medicare Claims Processing Manual*, Section 24 (General EDI and EDI Support Requirements, Electronic Claims and Coordination of Benefits Requirements, Mandatory Electronic Filing of Medicare Claims), Sections 20 (EDI Enrollment) and 30.3 (Telecommunications and Transmission Protocols). You can find more information about EDI on the CMS website at: <http://www.cms.hhs.gov/ElectronicBillingEDITrans/>, and more information about the NPI at the “National Provider Identifier (NPI) – Time is Running Out!” link on the Main CMS website (<http://www.cms.hhs.gov/>).

If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

Pub. MLN5637 / Trans R1283CP / CR5634 / 07-06-07 / mlv rrc

ELIMINAR REFERENCIA DE REPORTAR EL IDENTIFICADOR NACIONAL DEL PROVEEDOR (NPI) EN O DESPUÉS DEL 23 DE MAYO DE 2007, Y REVISAR REFERENCIAS A “FECHA EN QUE SE REQUIERA”

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 5678 el cual actualiza el Capítulo 80 del *Medicare Claims Processing Manual* para eliminar la referencia del 23 de mayo de 2007 como fecha compulsoria para incluir el Identificador Nacional de Proveedor (NPI, según sus siglas en inglés) en las reclamaciones. La fecha de vigencia para que los proveedores utilicen solamente el NPI en las reclamaciones de Medicare será anunciado oficialmente en una fecha más adelante.

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista sobre este cambio. La misma está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5678.pdf>.

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

DELETE REFERENCES TO REPORTING OF THE NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI) ON OR AFTER MAY 23, 2007, AND REVISE REFERENCES TO A “WHEN REQUIRED” DATE

This article is based on Change Request (CR) 5678 which updates Chapter 80 of the *Medicare Claims Processing Manual* to delete references to the May 23, 2007 mandatory date for entry of the National Provider Identifier (NPI) on claims. The effective date for providers to use only the NPI on Medicare claims will be officially announced at a later date.

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5678.pdf> on the CMS website.

If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

CR5678/Trans. 1325/MM5678 ab

National Provider Identifier (NPI)

IMPLEMENTACIÓN FINAL DEL NPI PARA MEDICARE “FEE FOR SERVICE”

Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que someten cualquier transacción estándar a los contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), incluyendo a los Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés), Contratistas Administrativos de Medicare (A/B MACs por sus siglas en inglés), o Contratistas Administrativos de Equipo Médico Duradero de Medicare (DME MACs por sus siglas en inglés), por servicios prestados a beneficiarios de Medicare.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en el CR 5728 el cual describe el cambio en política como resultado de la Ley de HIPAA de 1996 que requiere la emisión de un identificador nacional del proveedor (NPI por sus siglas en inglés) para cada médico suplidor y otros proveedores del cuidado de la salud que llevan a cabo transacciones estándar.

Tan pronto CMS finalice su contingencia de NPI no se permitirán números legados en ninguna transacción electrónica recibida o enviada (existen excepciones para la remesa de pago 835, véase el CR 5452). Los contratistas de Medicare comenzarán a rechazar reclamaciones electrónicas, incluyendo entrada directa de datos que contienen números de proveedores legados para cualquier proveedor primario en vez de o además de el NPI. Las siguientes transacciones de HIPAA también se afectarán:

- X12N 276/277 Consulta de Estatus de la Reclamación /Respuesta - (véase el CR 5726 para detalles).
- X12N 837 Coordinación de Beneficios (COB) - Se enviará el NPI solamente en la 837, Coordinación de Beneficios. No se permiten números legados. Habrá una excepción para aquellas reclamaciones que no hayan salido

MEDICARE FEE FOR SERVICE NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI) FINAL IMPLEMENTATION

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers who submit any HIPAA standard transactions to Medicare contractors (carriers, Fiscal Intermediaries, (FIs), including Regional Home Health Intermediaries (RHHIs), Medicare Administrative Contractors (A/B MACs), and DME Medicare Administrative Contractors (DME MACs))

Provider Action Needed

This article is based on CR5728, which describes the policy change brought about as a result of the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996, that requires issuance of a unique national provider identifier (NPI) to each physician, supplier, and other provider of health care who conducts HIPAA standard electronic transactions.

Once CMS ends its' NPI contingency, the legacy number will NOT be permitted on any inbound electronic and outbound electronic transaction (there are exceptions to the 835 remittance advice (see CR5452)). Medicare contractors will begin rejecting electronic claims, including direct data entry, that contain legacy provider numbers for any primary provider instead of or in addition to the NPI number. The following HIPAA transactions are also affected:

- X12N 276/277 Claim Status Inquiry/Response – (see CR5726 for details.)
- X12N 837 Coordination of Benefits (COB) – NPI only will be sent on the 837 coordination of benefits. Legacy numbers are not allowed. An exception will exist for claims that have not cleared the system by the date that CMS ends its NPI

Cont. on next page

National Provider Identifier (NPI)

del sistema de procesamiento para la fecha en que CMS termine su plan de contingencia de NPI. Es posible que esas reclamaciones contengan el número legado por lo que la transacción COB también lo incluirá.

A partir del 23 de mayo de 2008 los proveedores deben asegurarse de que todas las transacciones HIPAA enviadas a los contratistas de Medicare contengan solamente números de NPI válidos (no se permitirán números de proveedores legados).

Trasfondo

El "Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)" de 1996 requirió que se emitiera un identificador nacional único para el proveedor (NPI por sus siglas en inglés) para cada médico, suplidor y cualquier proveedor del cuidado de la salud que lleva a cabo transacciones electrónicas estándar. CMS comenzó a emitir los NPIs el 23 de mayo de 2005. CMS ha permitido que se sometieran transacciones adoptadas bajo HIPAA con una variedad de identificadores. Estos son:

- NPI solamente;
- Legado de Medicare solamente; o
- Una combinación de NPI con legado.

El 2 de abril de 2007, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS por sus siglas en inglés) le suministró unas guías a las entidades cubiertas para la planificación de contingencias para la implementación del NPI. Siempre y cuando una entidad esté en cumplimiento, o sea que puedan aceptar y enviar NPIs en sus transacciones electrónicas, pueden establecer planes de contingencia para facilitar el cumplimiento de sus socios de negocio. Medicare "Fee for Service" (FFS), que es un plan que está en cumplimiento, estableció un plan de contingencia el 20 de abril de 2007 basado en estas guías. El CR5728 les imparte instrucciones a los contratistas para que comiencen a rechazar reclamaciones HIPAA recibidas si contienen un número de identificación del proveedor legado, en el momento en que lo indique CMS.

contingency plan. Such claims may contain the legacy number and, therefore, the COB transaction will also include the legacy number.

No later than May 23, 2008, providers should ensure that all HIPAA transactions sent to Medicare contractors contain only valid NPI numbers (no legacy provider numbers.)

Background

The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996 required issuance of a unique national provider identifier (NPI) to each physician, supplier, and other provider of health care who conducts HIPAA standard electronic transactions. The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) began to issue NPIs on May 23, 2005. CMS has been allowing transactions adopted under HIPAA to be submitted with a variety of identifiers. They are:

NPI only;

Medicare legacy only; or

NPI and legacy combination.

On April 2, 2007, the Department of Health and Human Services (DHHS) provided guidance to covered entities regarding contingency planning for the implementation of the NPI. As long as a health plan is compliant, meaning they can accept and send NPIs on electronic transactions, they may establish contingency plans to facilitate the compliance of their trading partners. As a compliant health plan, Medicare fee for service (FFS) established a contingency plan on April 20, 2007, that followed this guidance. CR5728 directs Medicare contractors to begin rejecting HIPAA inbound claims when directed by CMS, if they contain legacy provider identifiers.

Cont. on next page

National Provider Identifier (NPI)

CONT. DE LA PÁGINA 83

Dado que las reclamaciones en papel no son transacciones HIPAA, estos requisitos no le aplican. Sin embargo, los proveedores no deben someter identificadores legados en las reclamaciones en papel cuando CMS ponga fin a su plan de contingencia de NPI.

Información Adicional

El CR5728, que es la instrucción oficial emitida se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1349CP.pdf>

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

CONT. FROM PAGE 83

Since paper claims are not HIPAA transactions, these requirements do not apply to paper claims, however, providers should not submit legacy numbers on paper claims once CMS ends its NPI contingency plan.

Additional Information

The official instruction, CR5728, issued can be found at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R1349CP.pdf> on the CMS website.

If you have questions, please contact us at 1-877-715-1921

Pub. MM5728/ Trans R1349CP / CR5728 /10-05-07/ rrc

MEDICARE INFORMA

BOX 71391

SAN JUAN, PR 00936

RETURN SERVICE REQUESTED

PRSR STD

U.S. POSTAGE PAID

SAN JUAN, P.R.

PERMIT NO. 2563